

春季高考复习指导丛书

# 护理类专业课程

春季高考丛书编写委员会 编

电子工业出版社

Publishing House of Electronics Industry

北京·BEIJING

## 内 容 简 介

该书是电子工业出版社出版的,适用于山东省春季高考考生高三第一轮复习,可引领莘莘学子走向成功的彼岸。参编教材的老师都是常年工作在教学一线,多年辅导高考毕业班,有着丰富的教学经验。该书知识点完备、思路清晰;解题方法新颖、总结全面;与考纲完美结合,实用性极佳。本书的编写以最新考纲为依据,合理编排各个章节,集教材、教法、训练、模拟于一身,力争实现以最少的精力投入换取最好的成绩。

未经许可,不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有,侵权必究。

图书在版编目(CIP)数据

护理类专业课程 / 春季高考丛书编写委员会编. —北京:电子工业出版社, 2015.9  
(春季高考复习指导丛书)

ISBN 978-7-121-26703-1

护... 春... 护理学—中等专业学校—升学参考资料 R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 168323 号

策划编辑:刘 佳

责任编辑:郝黎明

印 刷:

装 订:

出版发行:电子工业出版社

北京市海淀区万寿路 173 信箱 邮编 100036

开 本:787×1 092 1/16 印张:25.5 字数:652.8 千字

版 次:2015 年 9 月第 1 版

印 次:2015 年 9 月第 1 次印刷

定 价:52.00 元

凡所购买电子工业出版社图书有缺损问题,请向购买书店调换。若书店售缺,请与本社发行部联系,联系及邮购电话:(010) 88254888。

质量投诉请发邮件至 [zlts@phei.com.cn](mailto:zlts@phei.com.cn), 盗版侵权举报请发邮件至 [dbqq@phei.com.cn](mailto:dbqq@phei.com.cn)。

服务热线:(010) 88258888。





## 编 委 会

主 编：刘从惠 李四劝

副主编：冷子花 刘 佳 刘宁艳 于奎花

参 编：李玉英 刘 莹 古秋霞 裴春蕾

孙新华 张 梅

# 前言

自 1999 年开始山东省实行对口高职招生考试，到 2012 年改为春季高考，正式和夏季高考平起平坐。中等职业教育迎来良好的发展机遇，为中职生插上了可以腾飞的翅膀，让他们能够飞向理想的高校，实现自己的人生梦想。职业教育的春天来了，全省 50 多所本科院校敞开大门迎接中职生的到来，把我省的技能教育推向高潮。在春季高考的带动下，我省中等职业教育蓬勃发展起来，教学、教研工作进入了一个新的天地。

《鸿翼》是电子工业出版社为中职生飞向理想高校所插的腾飞之翼，它出版的山东省春季高考复习指导丛书可引领莘莘学子走向成功的彼岸。参编教材的老师都是常年工作在教学一线，多年辅导高考毕业班，有着丰富的教学经验。该丛书知识点完备、思路清晰；解题方法新颖、总结全面；与考纲完美结合，实用性极佳。

《鸿翼·春季高考复习指导丛书·护理类专业课程》以最新考纲为依据，合理编排各个章节，集教材、教法、训练、模拟于一身，力争实现以最少的精力投入换取最好的成绩。【考纲要求】是本章最新考纲的解读，它明确了我们的学习目标，为学习指引方向。【命题分析】是作者根据近六年来高考动向对考题的解读，可帮助我们把握重点、难点、高考热点，合理安排学习时间，达到事半功倍的效果。【知识梳理】是本节基础知识、基本方法、基本能力的浓缩，是知识的再现和归纳。我们把知识点和有关例题编排在一起，有利于教师上课时把理论知识具体化。【题型归纳】是把涉及本节知识的题型归纳出来，理清思路，建模拓展。【基础训练】是针对大部分同学设计的训练，难度较低，范围较广，便于同学们掌握基础知识、提升基本能力。【提升训练】是针对部分优秀学生设计的训练，难度较大，针对高考训练性强。两个不同层次的训练有利于教师分层次教学，也有利于同学们结合自己的能力选择学习内容。【高考链接】是近六年考题的再现，可帮助同学们自我研究考题，把握学习方向和学习难度，也起到自我检测、高考体验的作用。

“一书在手，资料全有”，一本好书就是一位良师，它能帮助我们飞往成功的彼岸，指引我们实现人生的理想！

我们的编者精心设计、认真编写，可谓用心良苦，但由于时间仓促、任务量大，书中错漏之处在所难免。欢迎广大同仁批评指正，也欢迎广大学子在使用过程中提出宝贵意见。

春季高考丛书编写委员会

# 目 录

第一章 循环系统疾病病人的护理	1
第一节 心力衰竭病人的护理	1
第二节 心瓣膜病病人的护理	13
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	24
第四节 心律失常病人的护理	40
第五节 原发性高血压病人的护理	58
第二章 呼吸系统疾病病人的护理	70
第一节 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病病人的护理	70
第二节 支气管哮喘病人的护理	81
第三节 肺炎病人的护理	88
第四节 气胸病人的护理	94
第三章 消化系统疾病病人的护理	101
第一节 慢性胃炎病人的护理	101
第二节 消化性溃疡病人的护理	107
第三节 急性胰腺炎病人的护理	120
第四节 急性化脓性腹膜炎病人的护理	127
第五节 肠梗阻病人的护理	135
第六节 腹股沟斜疝病人的护理	145
第七节 急性阑尾炎病人的护理	151
第八节 胆道疾病病人的护理	159
第九节 痔病人的护理	176
第十节 小儿腹泻病人的护理	185
第四章 神经系统疾病病人的护理	201
第一节 急性脑血管病病人的护理	201
第二节 癫痫病人的护理	216

第三节	颅内压增高病人的护理	221
第四节	颅脑外伤病人的护理	227
第五章	创伤	240
第一节	机械性损伤病人的护理	240
第二节	烧伤病人的护理	246
第三节	腹部损伤病人的护理	254
第四节	骨折病人的护理	259
第五节	关节脱位病人的护理	268
第六节	慢性软组织损伤病人的护理	273
第七节	腰椎间盘突出症病人的护理	275
第六章	感染	279
第一节	外科感染概述	279
第二节	浅部组织细菌性感染病人的护理	281
第三节	特异性感染病人的护理	286
第四节	全身性外科感染病人的护理	293
第五节	急性乳腺炎病人的护理	294
第七章	肿瘤病人的护理	299
第一节	食管癌病人的护理	299
第二节	胃癌病人的护理	305
第三节	肝癌病人的护理	311
第四节	大肠癌病人的护理	315
第五节	原发性肺癌病人的护理	321
第六节	乳腺癌病人的护理	326
第七节	膀胱癌病人的护理	332
第八章	妇产科护理学产科部分	336
第一节	正常妊娠期孕妇的护理	336
第一小节	妊娠诊断	336
第二小节	产前检查的内容	339
第二节	正常分娩期产妇的护理	347
第一小节	影响分娩的因素	347
第二小节	临产的诊断及产程分期	348
第三小节	分娩期产妇的护理	348
第三节	正常产褥期产妇的护理	355

第四节 异常妊娠孕妇的护理	360
第一小节 流产	360
第二小节 异位妊娠	363
第三小节 妊娠期高血压疾病	365
第四小节 前置胎盘	369
第五小节 胎盘早剥	372
第五节 女性生殖系统炎症妇女的护理	377
第一小节 阴道炎症	377
第二小节 慢性宫颈炎	380
第六节 女性生殖系统肿瘤妇女的护理	385
第一小节 子宫颈癌	385
第二小节 子宫肌瘤	387
第三小节 卵巢肿瘤	389
第七节 功能失调性子宫出血妇女的护理	396



## 第一章

# 循环系统疾病病人的护理

## 第一节 心力衰竭病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握急、慢性心力衰竭病人的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解心力衰竭的概念、发病机制、主要护理诊断。
3. 了解心力衰竭病人的治疗要点及健康教育。



### 知识梳理

#### 一、概念及分类

心力衰竭是各种心脏疾病导致心功能不全的一种临床综合征，主要是指心肌收缩力下降，使心输出量不能满足机体代谢的需要，器官、组织血液灌注不足，同时出现肺循环和（或）体循环的淤血。根据心力衰竭发生的部位可分为左心衰竭、右心衰竭和全心衰竭；左心衰竭在临床上较常见，以肺循环淤血为特征；单纯右心衰竭主要见于肺源性心脏病，以体循环淤血为主要表现；左、右心衰竭相继或同时出现称为全心衰竭。根据心力衰竭发生的速度可分为慢性心力衰竭和急性心力衰竭，以前者居多。

#### 二、慢性心力衰竭病人的护理

慢性心力衰竭亦称慢性充血性心力衰竭，是指各种慢性心血管病变引起的心力衰竭。

##### （一）病因、诱因

###### 1. 病因

（1）心肌损害：冠心病、心肌缺血、心肌炎、心肌病等。

（2）心脏负荷过重：前负荷（二尖瓣、主动脉瓣关闭不全，房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭，甲亢、贫血等血容量增加）；后负荷（高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄）慢性心力衰竭的病因如图 1-1 所示。

###### 2. 诱因

慢性心力衰竭的**诱因有感染（最常见、最重要的）、心律失常、过劳或情绪激动、治疗不当、其他（药物中毒、电解质紊乱、妊娠、分娩、甲亢、贫血等）。**

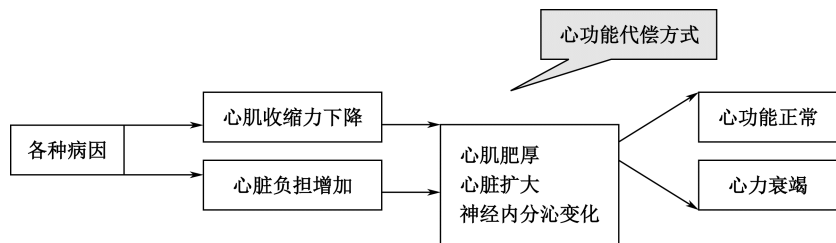


图 1-1 慢性心力衰竭病因

## （二）护理评估

### 1. 健康史

了解有无与慢性心力衰竭有关的基本疾病，如冠心病、高血压等。

（1）左心衰竭（以肺淤血为主要表现）。症状：**最突出、最早的表现是劳累性呼吸困难**，端坐呼吸、**心源性哮喘（典型表现）**。举例：表现为病人入睡后突然憋气而惊醒，被迫采取端坐位，呼吸深快，严重的可伴有哮鸣音，称“心源性哮喘”。咳嗽、咳痰（白色浆液泡沫样痰）；咯血；其他（头晕、乏力、少尿等动脉供血不足的表现）等症状。（思考：为什么心力衰竭病人基本上都有心脏大、心率快、尿量少的情况）体征。肺部湿啰音：两肺底或全肺可闻及湿啰音，啰音的分布可随体位改变而变化。心衰体征：心脏增大，心率增快，心尖部闻及舒张期奔马律，部分病人有肺动脉瓣第二心音亢进。其他：发绀、哮鸣音、交替脉、脉压减小等。

（2）右心衰竭（以体循环瘀血为主要表现）。消化道症状最早出现（恶心、呕吐、食欲不振等症状）。体征。水肿：其特点为**首先出现在身体最下垂部位**。举例：卧床病人腰骶部和大腿内侧较明显，起床活动病人，足踝部和胫骨前部较明显。颈静脉征：颈静脉充盈、怒张，搏动增强。**肝颈静脉返流征阳性是诊断右心衰竭最可靠的体征**。肝肿大和压痛。发绀：口唇、甲床、耳廓等末梢组织较明显。心脏体征：心率增快，右心增大，心前区抬举性搏动，剑突下可见明显心尖搏动，胸骨左缘第 3、第 4 肋间可闻及舒张期奔马律等。也可因三尖瓣相对关闭不全出现返流性杂音，是右心衰竭较特异的体征。

（3）全心衰竭。病人同时具有左、右心衰竭的症状，左心衰发展为右心衰出现全心衰，肺淤血症状减轻。

### 2. 辅助检查

（1）影像学检查：胸部 X 线（心影大小、Kerley B 线是慢性肺淤血的特征性 X 线表现）、放射性核素、磁共振显像都可提示心脏大，左心衰竭时有肺瘀血征象、肺动脉段膨出，右心衰竭时可见腔静脉扩张等。

（2）创伤性血流动力学监测：常用漂浮导管（Swan-Ganz 导管）床旁测定的方法了解心排量（CO）、心脏指数（CI）、肺毛细血管楔嵌压（PCWP）、肺动脉压等。

（3）动脉血气分析和电解质，以判断缺氧的程度和有无水、电解质紊乱及酸碱平衡紊乱。

### （三）心功能分级

按病人主观症状将心功能分为 4 级。

I 级：体力活动不受限制，日常活动不引起心功能不全表现。

II 级（心衰一度）：体力活动轻度受限制，一般活动可引起乏力、心悸、呼吸困难等症状。

III 级（心衰二度）：体力活动明显受限制，轻度活动可引起乏力、心悸、呼吸困难的状况。

IV 级（心衰三度）：体力活动重度受限制，不能从事任何活动，即使安静状态下，也可引起



心功能不全表现。

总结为：I 级活动不喘；II 级剧动才喘；III 级稍动则喘；IV 级不动也喘。

#### (四) 治疗要点

##### 1. 病因治疗

治疗原发病 + 去除诱因。

##### 2. 药物治疗

##### 1) 增加心肌收缩力

(1) 洋地黄类药物(洋地黄制剂)：按其作用的快慢可分为速效制剂，如毒毛旋花子甙 K、西地兰等；中效制剂，如地高辛等；缓效制剂，如洋地黄毒苷等(临床已少用)。

**适用症**：中、重度心衰，尤其对心房颤动伴心室率快者疗效更好。

不与奎尼丁、心律平、钙剂合用，以免增加药物毒性。

**禁忌症**：如肥厚性梗阻性心肌病、病态窦房结综合征、急性心肌梗死发生后 24 小时内、高度房室传导阻滞，以及老年人、肺源性心脏病、心肌炎、心肌病、低血钾等。洋地黄中毒或过量是洋地黄应用绝对禁忌症。

洋地黄的毒性反应。胃肠道反应：通常为洋地黄中毒的最早期表现，表现为恶心、呕吐、食欲下降，其中首先出现的多为食欲下降，有时可有腹泻。神经系统症状：可有头晕、头痛、倦怠、神志改变、精神异常、黄视、绿视等。倦怠、嗜睡及神志改变可出现较早，特别是老年高龄病人。心衰病人在治疗过程中，由于水、电解质及酸、碱平衡紊乱，也可出现这些症状，应注意鉴别。心脏毒性反应：心脏毒性反应主要是心律失常(心室早搏二联律最常见)，临床上地高辛较为常用且用量较大，在服用洋地黄期间，出现任何类型的心律失常均应按地高辛中毒处理。如果发生室性早搏，应特别注意鉴别室性早搏是否来自原有心肌损害，再进行处理。

洋地黄毒性反应的处理：停用洋地黄类药物；补充钾盐，可口服或静脉滴注氯化钾，停用排钾利尿剂；纠正心律失常，单发期前收缩、一度房室传导阻滞、心房颤动伴缓慢心室率等，一般停药后可自行消失，如为快速心律失常可用苯妥英钠或利多卡因，电复律一般禁用，心率缓慢者可用阿托品 0.5 ~ 1.0mg 皮下或静脉注射。

(2) 非洋地黄类正性肌力药： $\beta$ -肾上腺素能受体兴奋剂(多巴胺、多巴酚丁胺等，增加肾血流量)；磷酸二酯酶抑制剂(氨力农、米力农等，具有正性肌力作用和扩张周围血管作用)。

##### 2) 减轻心脏负荷

(1) 利尿剂：是心力衰竭治疗中最常用的药物。常用排钾利尿剂：氢氯噻嗪、呋塞米(注意电解质平衡：低钾血症) 保钾利尿剂(螺内酯)等。

(2) 血管扩张剂：ACEI，有扩张血管，抑制血管紧张素 II 的产生，抑制交感神经兴奋性，改善心室重构的作用，现已作为心衰治疗的基石和首选药物，适用于心功能 I ~ IV 级。常用卡托普利(开博通)、贝那普利(洛汀新)、培哚普利(雅施达)等。

(3)  $\beta$ -受体阻滞剂：如拉贝洛尔、美托洛尔等可对抗交感神经兴奋的不利影响。

##### 3) 改善心肌能量代谢

可用辅酶 Q<sub>10</sub> 或维生素 B<sub>1</sub> 等改善能量代谢。

##### 4) 其他治疗方法

其他治疗方法包括血液透析、心脏移植等方法。

#### (五) 护理诊断/问题

(1) 气体交换受损：与肺瘀血有关。

- (2) 体液过多：与水钠潴留、体循环瘀血有关。
- (3) 活动无耐力：与心排血量降低有关。
- (4) 焦虑：与病程漫长及担心预后有关。
- (5) 潜在的并发症：洋地黄中毒，水、电解质紊乱。

#### (六) 护理措施

##### 1. 活动与休息

活动与休息是减轻心脏负荷的重要方法，休息的方式与时间根据心功能的情况而定。I 级应正常活动，但应避免重的体力劳动和剧烈运动。II 级应适当限制体力活动，保证有充足的睡眠和休息。III 级的病人需严格限制一般体力活动。IV 级应绝对卧床休息。总结为：“I 正（正常），II 轻（轻体力劳动），III 受限（活动限制），IV 级卧床是关键。”

##### 2. 饮食

(1) 给病人进食**低热量**、高蛋白、高维生素、清淡、易消化及不胀气的饮食，避免刺激性食物，注意少量多餐。

(2) **控制钠盐**的摄入。轻度心衰的病人应限制食盐在 5g/天以下，中度心衰限制食盐在 2.5 ~ 3g/天以下，重度心衰限制食盐在 1g/天以下。大量利尿的病人，可不必严格限制食盐。

##### 3. 避免诱因

避免诱发因素，**保持大便通畅**，情绪稳定，**避免过多过快输液**。指导病人养成按时排便的习惯，饮食中增加粗纤维食物，如粗粮、芹菜及水果等以预防便秘。

##### 4. 病情观察

严密观察病人呼吸困难、啰音、紫绀、水肿、24 小时液体出入量。

##### 5. 吸氧

根据缺氧程度、血气分析、血氧饱和度调节氧流量和供养方式，遵医嘱吸氧，一般采用持续性吸氧，氧流量 2 ~ 4L/分；肺源性心脏病病人为 1 ~ 2L/分。

##### 6. 用药护理

##### 1) 洋地黄类药的应用及护理

(1) 及时发现洋地黄类药毒性反应。

**胃肠道反应——最常见。**食欲不振是出现最早的中毒症状。

**神经系统症状——头痛、失眠、眩晕、幻觉、黄视、绿视、红视或视力模糊、闪光等。**

**心律失常——洋地黄中毒最严重的表现。**以快速心律失常（室早二联律）多见。

(2) 注意解释：给药前向病人解释洋地黄治疗的必要性及其中毒表现。

(3) 密切观察：给药前护士应注意病人有无洋地黄制剂的毒性反应。

举例：某病人用洋地黄后有恶心、呕吐、乏力、色视等；检查心率（脉搏）过快或过慢（心率或脉搏 < 60 次/分），或节律改变，即由规则变不规则或由不规则突然变规则，可能为洋地黄中毒，应暂停给药，并立即报告医生。

(4) 准确用药：洋地黄制剂的用量个体差异很大，应遵医嘱按时、按量给药。

(5) 慎重静脉注射：静脉用药时要稀释后缓慢注射，并注意观察病人的反应。

(6) 避免易中毒诱因：老年人、心肌缺血、缺氧、水、电解质和酸碱平衡紊乱等。

(7) 一旦发生中毒，立即协助处理：立即停用洋地黄为首要措施；有低血钾者应给予补充钾盐，暂停排钾利尿剂；纠正心律失常，快速型心律失常首选苯妥英钠或利多卡因；对缓慢型心律失常可试用阿托品治疗或安置临时起搏器。

## 2) 利尿剂的应用及护理

(1) 利尿剂有排钾类(氢氯噻嗪、呋塞米) 保钾类(螺内酯、氨苯喋啶、阿米洛利)。

(2) 记录 24 小时出入液量, 定期测量体重及腹围, 判断利尿剂的疗效和指导补液。

(3) **测电解质。注意血钾浓度。**

(4) 噻嗪类利尿剂可引起高尿酸血症及高血糖, 痛风、糖尿病患者慎用。肾功能不全禁用保钾利尿剂。

(5) 排钾类和保钾类利尿剂可联合应用。除非紧急情况, 不得在夜间使用, 以免影响病人休息。

## 7. 心理支持

多与病人沟通, 使病人情绪稳定。

## 8. 健康指导

避免诱因 + 用药指导 + 门诊随访指导。

# 三、急性心力衰竭病人的护理

## (一) 概念

急性心力衰竭是指由于急性心脏病变引起心排血量显著而急剧地降低, 导致组织器官灌注不足和急性淤血的综合征。临床上**以急性左心衰竭最为常见**, 主要表现为急性肺水肿的症状和体征。

## (二) 护理评估

### 1. 健康史

了解有无引起急性左心衰竭的基本病因, 如急性广泛性心肌梗死、高血压危象等; 有无诱发因素, 如输液过多过快、严重心律失常等。

### 2. 身心状况

(1) 症状评估: 突发严重呼吸困难, 呼吸频率达 30~40 次/分, 咳嗽、咳痰, **咳大量粉红色泡沫样痰(特征性症状)**, 乏力、少尿、血压下降。

(2) 护理体检: 端坐呼吸, 两肺布满湿啰音和哮鸣音, 心尖部闻及舒张期奔马律。

(3) 心理状态。

## (三) 治疗原则

## (四) 护理诊断/医护合作性问题

(1) 气体交换受损: 与急性肺水肿影响气体交换有关。

(2) 恐惧: 与病情危重、严重缺氧所致窒息感或濒死感、监护室的抢救设施和抢救时的紧张气氛等有关。

(3) 潜在并发症: 心源性休克、猝死。

## (五) 护理措施

(1) 体位: 安置病人于危重监护病房, 立即协助病人取坐位, 双腿下垂。

(2) 观察病情。

(3) 配合治疗。

减少回心血量: 立即安置病人坐位, 两腿下垂, 轮流结扎四肢(减少回心血量)。

氧疗: 经鼻导管高流量(6~8L/min) 给氧, 用**50%酒精湿化**, 以消除肺泡内的泡沫。

药物治疗: 迅速建立两条静脉通路, 遵医嘱正确使用。

吗啡、哌替啶: 可镇静、减慢心率, 扩张小血管而减轻心脏负荷, 必要时可重复应用 1 次。

观察用药后病人有无呼吸抑制、心动过缓或血压下降等不良反应。

利尿剂：遵医嘱静脉注射呋塞米，4 小时后可重复 1 次。观察电解质、尿量和血压变化。

血管扩张剂：遵医嘱应用硝普钠、硝酸甘油或酚妥拉明静脉输液，每 5 分钟测量 1 次血压，有条件者用输液泵控制滴速，根据血压调整药物剂量，维持收缩压在 100mmHg 左右。硝普钠含氰化物，连续使用不应超过 24 小时。因其见光易分解，应现配现用，避光输入。

洋地黄制剂：适用于快速心房颤动或已知有心脏增大伴左心室收缩功能不全的病人。遵医嘱缓慢静脉注射毛花甙丙，首剂 0.4~0.8mg，2 小时后可酌情再给 0.2~0.4mg。

氨茶碱：可解除支气管痉挛，并有一定的正性肌力及扩血管、利尿作用。0.25g 加入 5%葡萄糖 20mL 内缓慢静脉注射。

(4) 心理护理。

(六) 健康教育

(1) 向病人及家属介绍急性心力衰竭的病因和诱因：积极治疗原发病，直到病人输液前主动告知护士自己有心脏病史，以便静脉输液时控制输液的量和速度。

(2) 用药指导。

(3) 定期复查。

(4) 门诊随访指导。



## 高考链接

【例 1】(2005 年高考题) 慢性心力衰竭 度病人最主要的饮食原则是 ( )。

- A. 高热量饮食      B. 高蛋白饮食      C. 低盐饮食      D. 高维生素饮食

【分析】低盐饮食减少心脏的负荷。

【答案】C

【例 2】(2006 年高考题) 严重急性左心衰竭的特征性咳痰是 ( )。

- A. 铁锈色痰      B. 脓臭痰      C. 胶冻痰      D. 粉红色泡沫样痰

【分析】咳大量粉红色泡沫样痰是急性左心衰的特征性症状，是急性肺水肿的表现。

【答案】D

【例 3】(2010 年高考题) 慢性心衰最常见的诱因是 ( )。

- A. 心律失常      B. 情绪激动      C. 过度劳累      D. 呼吸道感染

【分析】感染、过度劳累与情绪激动、严重心律失常、妊娠等都可以诱发慢性心衰，但最常见的是呼吸道感染。

【答案】D

【例 4】(2010 年高考题) 夜间阵发性呼吸困难，咳粉红色泡沫样痰，两肺底湿啰音见于 ( )。

- A. 支气管哮喘      B. 肺炎      C. 左心衰      D. 右心衰

【分析】左心衰最典型的表现是夜间阵发性呼吸困难，咳粉红色泡沫样痰，是肺淤血的表现。

【答案】C

【例 5】(2012 年高考题) 输液过程中，患者突然出现呼吸困难，咳粉红色泡沫样痰，下列急救措施中错误的是 ( )。

- A. 20%~30%酒精湿化吸氧      B. 帮助患者取左侧头低足高位  
C. 四肢轮扎      D. 遵医嘱给镇静扩血管药

【分析】本患者危急性左心衰，可酒精湿化吸氧、强心、利尿、扩血管、镇静、结扎四肢，应取端坐位。

【答案】B

【例 6】(2012 年山东高考题) 下列药物需避光使用的是 ( )。

- A. 硝酸甘油      B. 硝苯地平      C. 硝普钠      D. 呋塞米

【分析】硝普钠配置后，在溶液中遇光分解产生有毒的氰化物，故应避光使用。

【答案】C

【例 7】(2012 年山东高考题) 诊断急性肺水肿最特异性的表现是 ( )。

- A. 气促、发给、烦躁不安      B. 咳粉红色泡沫样痰  
C. 肺部闻及哮鸣音      D. 心率增快，心尖区闻及奔马律

【分析】急性肺水肿可以出现以上 4 个方面的表现，但是 A、C、D 选项没有特异性，而急性肺水肿最具特征性的表现就是咳嗽、咳粉红色泡沫样痰。

【答案】B

【例 8】(2012 年山东高考题) 慢性心力衰竭最常见的基本病因是 ( )。

- A. 贫血      B. 糖尿病性心肌病变  
C. 心瓣膜病      D. 冠心病

【分析】慢性心衰的基本病因包括原发性心肌损害及心脏负荷过重，其中最常见的病因是冠心病。

【答案】D

【例 9】(2012 年山东高考题) 长期口服螺内酯的心衰病人可出现 ( )。

- A. 高钾血症、高钠血症      B. 低钾血症、低钠血症  
C. 高钾血症、低钠血症      D. 低钾血症、高钠血症

【分析】螺内酯具有保钾排钠的作用，因此长期口服宜导致高钾血症、低钠血症。

【答案】C

【例 10】(2013 年山东高考题) 左心功能不全最早期的体征为 ( )。

- A. 肝肿大      B. 舒张早期奔马律  
C. 下肢浮肿      D. 口唇紫绀

【分析】左心功能不全早期因心排血量减少，反射性兴奋交感神经，使心率增快，当心率超过 100 次/分时，常表现为舒张期奔马律。

【答案】B

【例 11】(2007 年高考题) 患者，男，70 岁，冠心病病史 10 年，因慢性心功能衰竭入院，医生给予洋地黄类药物治疗。请简述使用洋地黄类药物的护理要点。

【答案】

- (1) 洋地黄治疗量与中毒量接近，且用量个体差异很大，所以要密切观察有无洋地黄中毒症状。
- (2) 用药时应注意不宜与钙剂、奎尼丁等药物同用，以免增加毒性。
- (3) 每次给药前应询问病人有无胃肠道和神经系统症状，并测量心率、心律的变化。
- (4) 用药后注意疗效的观察。
- (5) 按医嘱定期监测心电图、血钾及血中洋地黄类药物的浓度。
- (6) 对出现洋地黄中毒反应的病人，遵医嘱立即停用洋地黄及排钾利尿剂，给予补充钾盐和纠正心律失常的药物。

【例 12】(2009 年高考题) 洋地黄中毒反应及处理措施是什么？

【答案】

中毒反应： 胃肠道反应； 心脏反应； 神经系统症状和视觉障碍。

处理措施： 立即停用洋地黄； 补充钾盐及应用抗心律失常药物。

【例 13】(2010 年高考题) 心脏病患者发生心力衰竭后，需对患者的心脏功能进行评估。请回答心功能的分级及分级标准。

【答案】心功能的分级： 级、 级、 级、 级。

心功能分级标准：

级：体力活动不受限。

级：体力活动轻度受限。

级：体力活动明显受限。

级：不能从事任何体力活动。

【例 14】(2006 年高考题) 患者，女性，37 岁，因劳力性呼吸困难 10 余年，左上下肢活动失灵一天入院。8 入院时查体：青年女性，二尖瓣面容，双肺底少许湿啰音，心率 90~120 次/分钟，房颤律，心前区闻及舒张期隆隆样杂音，局限不传导，腹部无异常，双下肢无浮肿，左上下肢肌力 2 级，生理反射存在，病理反射阴性。

(1) 该患者的主要护理诊断是什么？

(2) 针对目前病情，对患者进行健康教育的内容有哪些？

【答案】

(1) 护理诊断： 心输出量减少； 气体交换受损； 焦虑； 潜在并发症。

(2) 健康教育内容： 教会病人合理限制体力活动，并能明白限制体力活动的重要性； 明确防治风湿活动的方法及重要性； 抗栓治疗的重要性； 定期随诊，按医嘱服药的重要性。



## 反馈训练

### 一、选择题

- 慢性心力衰竭 度病人最主要的饮食原则是 ( )。  
A. 高热量饮食 B. 高蛋白饮食 C. 低盐饮食 D. 高维生素饮食
- 严重左心衰竭的特征性痰液是 ( )。  
A. 铁锈色痰 B. 脓臭痰 C. 胶冻痰 D. 粉红色泡沫样痰
- 长期卧床的心力衰竭病人，其水肿最易出现的部位是 ( )。  
A. 胫前 B. 踝部 C. 腹部 D. 腰骶部
- ( ) 不是右心衰竭的体征。  
A. 肺部湿啰音 B. 胸腔积液 C. 颈静脉怒张 D. 肝大
- 左心衰最严重的形式是 ( )。  
A. 端坐呼吸 B. 急性肺水肿 C. 劳力性呼吸困难 D. 咯血
- 左心功能不全病人出现呼吸困难的主要原因是 ( )。  
A. 痰液堵塞气道 B. 支气管痉挛  
C. 左肺受到扩大的心脏的压迫 D. 肺循环淤血
- 左心衰竭典型的临床表现是 ( )。

- A. 水肿                      B. 呼吸困难                      C. 紫绀                      D. 乏力
8. 护士在发给心衰患者地高辛之前, 应该先数心率, 若心率少于( ) 则不能给药。  
A. 100 次/分                      B. 90 次/分                      C. 80 次/分                      D. 60 次/分
9. 某女, 60 岁, 心衰卧床已 3 周, 有尾骶部皮肤溃破, 两下肢水肿, 体质虚弱, 消瘦, 你对该患者进行饮食指导应( )。  
A. 高盐、高蛋白、高维生素                      B. 低盐、高蛋白、高维生素  
C. 高热量、低蛋白、低盐                      D. 高脂肪、低蛋白、高维生素
10. 洋地黄类药物较严重的毒性反应是( )。  
A. 胃肠道反应: 食欲不振                      B. 神经系统反应: 黄视、绿视  
C. 心血管系统反应: 各种心律失常                      D. 呼吸系统反应: 呼气中有烂苹果味
11. 从左心衰竭发展到全心衰竭时, 可减轻的临床表现是( )。  
A. 发绀                      B. 呼吸困难                      C. 颈静脉怒张                      D. 下肢水肿
12. 左心衰竭最早出现的症状是( )。  
A. 夜间阵发性呼吸困难                      B. 端坐呼吸  
C. 劳力性呼吸困难                      D. 咳嗽、咳痰、咯血
13. 心源性呼吸困难的心脏病病人, 不应该采用的护理措施是( )。  
A. 嘱病人平卧位, 以减轻心脏负担                      B. 保持情绪稳定, 降低交感神经兴奋性  
C. 加强生活护理, 减少体力活动                      D. 供给氧气
14. 心源性呼吸困难是指( )。  
A. 心肌收缩力下降使组织、器官灌注不足  
B. 自觉心跳加快、心慌或伴心前区不适的主观感受  
C. 右心衰引起体循环静脉淤血, 致组织间隙液体过多  
D. 各种心脏病发生左心功能不全时, 由于肺淤血致呼吸费力, 呼吸频率、节律异常
15. 洋地黄中毒最早、最常见的临床表现是( )。  
A. 恶心、呕吐                      B. 室早二联律                      C. 黄视、绿视                      D. 出现奔马律
16. 慢性肺淤血的特征性 X 线表现( )。  
A. 肺门血管影增强                      B. 右下肺动脉增宽  
C. 肺野模糊                      D. Kerley B 线
17. 治疗急性肺水肿不当的是( )。  
A. 取坐位两腿下垂                      B. 口服地高辛  
C. 高流量吸氧                      D. 静注氨茶碱
18. 对心力衰竭病人输液, 应严格限制滴速在每分钟( )。  
A. 20~30 滴                      B. 40~50 滴                      C. 50~60 滴                      D. 不超过 70 滴
19. 心力衰竭病人低盐饮食, 主要是为了( )。  
A. 有助心肌收缩                      B. 减轻肾脏负担                      C. 避免肝脏受损                      D. 减轻心脏负担
20. 给患者服用洋地黄类药物前, 护士尤应先测量( )。  
A. 体温                      B. 脉搏                      C. 呼吸                      D. 血压
21. 急性左心衰的护理诊断首先是( )。  
A. 体液增加                      B. 气体交换受损                      C. 恐惧                      D. 心排出量减少

22. 急性心衰护理诊断气体交换受损的诊断依据是( )。  
A. 肺静脉瘀血 B. 上腔静脉瘀血 C. 下腔静脉瘀血 D. 肺动脉高压
23. 减轻急性左心衰呼吸困难首先的护理措施是( )。  
A. 低浓度吸氧 B. 利尿低盐饮食 C. 端坐位双腿下垂 D. 平卧抬双腿
24. 心功能 级病人应( )。  
A. 绝对卧床但应半卧 B. 照常工作增加午睡  
C. 可照常工作 D. 限制活动
25. 端坐位可减轻左心衰的呼吸困难的原因是( )。  
A. 减轻肺瘀血 B. 减轻上腔静脉瘀血  
C. 减轻下腔静脉瘀血 D. 减轻肠系膜静脉瘀血
26. 心力衰竭的基本病因之一是( )。  
A. 大量饮酒 B. 长期吸烟 C. 长期卧床休息 D. 心脏长期负荷过重
27. 心源性水肿的原因是( )。  
A. 左心衰竭 B. 心包炎 C. 右心衰竭 D. 心肌炎
28. 服用洋地黄后,病人将白墙看成黄墙是因为( )。  
A. 心衰好转征象 B. 血钠过高 C. 血钾过低 D. 洋地黄中毒
29. 服用洋地黄后出现厌食恶心是因为( )。  
A. 伴发慢性胃炎 B. 伴发急性胃炎 C. 伴发胰腺炎 D. 洋地黄中毒
30. 心力衰竭病人给予利尿剂的用意是( )。  
A. 保护肾脏 B. 排出过多的体液 C. 排出多余的血钾 D. 加强心肌收缩力
31. 心衰病人长期卧床者应协助下肢被动运动,用意是( )。  
A. 避免下肢瘫痪 B. 增强四肢末梢血运  
C. 运动可增进食欲 D. 避免下肢静脉血栓形成
32. 心力衰竭病人多吃粗纤维食物的用意是( )。  
A. 增进食欲 B. 增强心肌收缩 C. 减少食物热量 D. 减少便秘
33. 急性心衰最常见的临床类型是( )。  
A. 左心衰 B. 右心衰 C. 全心衰 D. 心肌炎
34. 右心功能不全时,出现腹水主要是由于( )。  
A. 体循环静脉压明显增高 B. 瘀血性肝硬化  
C. 血容量增多 D. 血浆白蛋白明显降低
35. 慢性心力衰竭病人易发生压疮的原因不包括( )。  
A. 水肿区组织营养不良 B. 水肿区组织抵抗力下降  
C. 皮肤潮湿 D. 卧床使受压部位循环障碍
36. 肝颈静脉回流征阳性是指( )。  
A. 急性肝淤血者可出现肝肿大、压痛  
B. 长期右心衰时肝持续淤血肿大  
C. 心源性肝硬化伴黄疸和肝功能损害  
D. 有颈静脉怒张者,压迫其腹部或肝,回心血量增加时颈静脉怒张更明显
37. 右心衰竭皮肤粘膜发生紫绀(或发绀)的原因是( )。  
A. 肺循环静脉淤血 B. 周围毛细血管收缩



- C. 血液中氧分压降低 D. 体循环血液中还原血红蛋白增多
38. 心衰患者为减轻心脏负担所采取的措施不妥的是 ( )。
- A. 卧床休息 B. 低盐, 吸氧 C. 使用扩血管药物 D. 使用洋地黄类药物
39. 保钾利尿剂是 ( )。
- A. 氢氯噻嗪 B. 环戊甲噻嗪 C. 螺内酯 D. 呋塞米
40. 发现洋地黄类药物中毒时, 下列措施不对的是 ( )。
- A. 停用洋地黄类药物 B. 停用排钾利尿剂  
C. 补充钾盐 D. 对缓慢心律失常可用利多卡因治疗
41. 心力衰竭病人低盐饮食, 主要是为了减轻 ( )。
- A. 左心前负荷 B. 左心后负荷 C. 右心前负荷 D. 右心后负荷
42. 观察使用洋地黄类药物的患者, 可继续用药的是 ( )。
- A. 恶心、呕吐 B. 视力模糊 C. 心率 70 次/分 D. 室性早搏呈二联律
43. 鼓励长期卧床的心力衰竭患者在床上做下肢活动, 其目的主要是 ( )。
- A. 减少回心血量 B. 预防褥疮  
C. 防止肌肉萎缩 D. 防止下肢静脉血栓形成
44. 符合右心衰竭的临床表现是 ( )。
- A. 夜间阵发性呼吸困难 B. 咳大量泡沫痰  
C. 交替脉 D. 下肢水肿
45. 一位长期接受治疗的心力衰竭病人, 再次出现乏力、腹胀、心慌等症状。心率 120 次/分, 心电图见明显 U 波, 正确的处理措施是 ( )。
- A. 加大洋地黄用量 B. 立即静脉推注呋塞米 (速尿)  
C. 静脉滴注碳酸氢钠 D. 补充氯化钾
46. 一位 58 岁男性高血压病住院患者, 夜间突然惊醒, 被迫坐起, 烦躁不安, 咳嗽、气急, 咳粉红色泡沫痰, 若采取以下措施, 不妥的是 ( )。
- A. 立即平卧位 B. 50% 酒精湿化面罩给氧  
C. 肌肉注射吗啡 5mg D. 硝酸甘油片 0.3mg 舌下含化
47. 金女士, 38 岁, 患风湿性心脏病二尖瓣狭窄, 休息时出现呼吸急促, 不能平卧位, 心率 120 次/分钟, 两肺底部闻及湿啰音。应判断为 ( )。
- A. 急性左心衰竭 B. 心功能 II 级 C. 心功能 III 级 D. 心功能 IV 级
48. 李某, 女, 67 岁, 患慢性充血性心力衰竭, 在治疗期间出现恶心、头痛、头晕、黄视, 检查心率 46 次/分, 二联律, 应考虑为 ( )。
- A. 硝普钠中毒 B. 洋地黄中毒 C. 氨茶碱中毒 D. 酚妥拉明中毒
49. 黄先生, 冠心病病人, 日常活动即心悸, 气急, 应指导其 ( )。
- A. 绝对卧床休息 B. 活动不受限制  
C. 活动照常, 增加午休 D. 起床稍事活动, 增加间歇休息
50. 马女士, 有风心病史, 因心源性水肿给予噻嗪类利尿剂治疗时, 特别注意预防 ( )。
- A. 低钾血症 B. 高钠血症 C. 低钠血症 D. 高钾血症
51. 高血压病患者睡眠时突感极度胸闷, 气急, 大汗淋漓, 咳大量粉红色泡沫痰, 端坐呼吸, 血压 22.6/14.7kPa (200/110mmHg), 心率 110 次/分。下列护理错误的是 ( )。
- A. 安慰患者, 稳定情绪 B. 患者置于两腿下垂坐位

C. 酒精湿化吸氧 4~6L/分

D. 建立静脉通道快速静脉输液

52. 张女士, 36 岁, 有慢性风湿性心脏病二尖瓣狭窄病史。近日轻度活动即感心悸、气促。此病人心功能分级为 ( )。

A. I 级

B. II 级

C. III 级

D. IV 级

53. 按医嘱给予洋地黄治疗, 评估其治疗有效的指标是 ( )。

A. 心率减慢

B. 心率加快

C. 尿量减少

D. 血压下降

54. 王女士, 39 岁, 心脏病史 8 年, 因“急性肠胃炎”输液后出现气促、咳嗽、咳白色泡沫痰, 查体心率 120 次/分, 两侧肺湿性啰音, 诊断为左心衰竭, 心功能 III 级, 此病人静脉输液最适宜的速度是 ( )。

A. 10~20 滴/分

B. 20~30 滴/分

C. 30~40 滴/分

D. >40 滴/分

55. 王女士, 39 岁, 心脏病史 8 年, 因“急性肠胃炎”输液后出现气促、咳嗽、咳白色泡沫痰, 查体心率 120 次/分, 两侧肺湿性啰音, 诊断为左心衰竭, 心功能 III 级, 病人此时最适宜的体位是 ( )。

A. 半坐位

B. 平卧位

C. 侧卧位

D. 俯卧位

56. 心衰病人护理措施不妥的是 ( )。

A. 给氧吸入、注意保暖

B. 给予高热量饮食

C. 保持大便通畅

D. 记录出水记录

57. 下列不符合慢性心力衰竭患者的饮食原则的是 ( )。

A. 低热量饮食可降低代谢率

B. 以低盐、清淡饮食为宜

C. 多食蔬菜、水果, 防止便秘

D. 选用刺激性食物, 以增加食欲

58. 左心衰竭的最基本表现是 ( )。

A. 嗜睡、乏力

B. 咳嗽、咳痰

C. 咯血

D. 呼吸困难

## 二、简答题

1. 心功能如何分级?

2. 怎样根据心功能分级安排病人的活动与休息?

3. 慢性心衰的患者使用利尿剂的注意事项有哪些?

4. 洋地黄制剂中毒的表现有哪些?

5. 发生洋地黄中毒应如何处理?

## 三、视图题

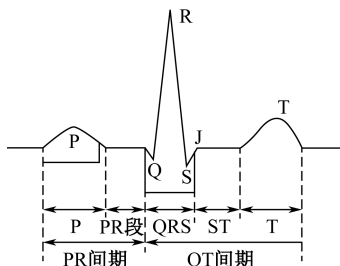


图 1-2 第三题图示

请写出图 1-2 中心电图各波段 (P 波、QRS 波、T 波、PR 间期、ST 段) 的意义。

#### 四、综合分析题

女士, 78 岁。高血压病史 15 年, 一直间断服用降压药。4 小时心前区持续疼痛, 出冷汗来诊, 心电图确诊为急性心肌梗死, 半小时后, 病人出现呼吸困难, 两肺底湿啰音。心率 110 次/分, 律齐。

问: (1) 临床诊断。

(2) 主要护理诊断。

(3) 主要的护理措施。

(4) 健康教育要点。

## 第二节 心瓣膜病病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握心瓣膜病的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解心瓣膜病的概念、发病机制、主要护理诊断。
3. 了解心瓣膜病病人的治疗要点及健康教育。



### 知识梳理

#### 一、概念及分类

##### (一) 心瓣膜病

心瓣膜病是由于炎症、退行性改变、粘液性变性、先天性畸形、缺血性坏死、创伤等原因引起单个或多个瓣膜结构的功能或结构异常, 导致瓣膜口狭窄或关闭不全。

##### (二) 风湿性心瓣膜病

风湿性心瓣膜病简称风心病, 是由风湿性炎症过程所致的损害, 是心脏瓣膜病最常见的原因。以二尖瓣病变最为常见, 其次是主动脉瓣。临床上若两个或两个以上的瓣膜病变同时存在, 则称多瓣膜病(联合瓣膜病)。

#### 二、二尖瓣狭窄

##### (一) 病理解剖与病理生理

近半数患者无明确急性风湿热病史, 但多有反复链球菌感染史扁桃体炎或咽峡炎史。本病多发生于 20~40 岁成人。正常成人二尖瓣口面积为  $4 \sim 6\text{cm}^2$ , 二尖瓣口面积在  $1.5\text{cm}^2$  以上称为轻度狭窄;  $1.0 \sim 1.5\text{cm}^2$ , 称为中度狭窄; 小于  $1\text{cm}^2$ , 称为重度狭窄。本病的病理生理演变分 3 个阶段, 即左心房代偿期、左心房失代偿期和右心受累期。二尖瓣狭窄造成瓣口血流受阻, 左心房压力升高。引起左心房发生代偿性扩大和肥厚, 以维持血循环相对正常状态, 当二尖瓣狭窄逐渐加重, 左心房继续扩大和肥厚, 超过代偿极限时, 便发生左心房衰竭, 出现肺静脉压升高, 肺毛细血管扩张、肺瘀血, 肺瘀血可使肺静脉和支气管静脉建立侧支循环, 使支气管粘膜下静脉曲张, 肺毛细血管压一旦超过血浆胶体渗透压则液体由毛细血管渗到肺泡和肺间质, 产

生肺水肿，尤其在各种原因所致体循环回心血量增加，或者在心动过速使充盈期缩短时更为明显；随着二尖瓣狭窄加重和血流动力学障碍延续，肺静脉和肺毛细血管压力增高可引起反射性肺小动脉痉挛，长期肺小动脉痉挛可导致管内膜增生及中层增厚，产生肺小动脉硬化，出现肺动脉高压；长期的肺动脉高压使右心室收缩期负荷增加，产生右心室代偿性肥厚、扩大，当超过代偿极限时，出现右心衰竭。由于左心房扩大，难于维持正常的心电活动，故常发生心房颤动。二尖瓣狭窄主要累及左心房和右心室。

## （二）临床表现

### 1. 症状

一般在中度狭窄时才有明显症状，失代偿期先出现左心衰竭的表现，疾病进一步发展可合并右心衰竭。

（1）**呼吸困难**：为二尖瓣狭窄最常见的早期症状，常见诱因是运动、精神紧张、感染、妊娠或心房颤动。表现为劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸和心源性哮喘，甚至急性肺水肿。

（2）**咯血**。可表现为突然咯大量鲜血。见于严重二尖瓣狭窄，支气管粘膜静脉破裂，咯血后肺静脉压减低，咯血可自动停止；二尖瓣狭窄时，左房压升高，肺静脉压升高，肺-支气管静脉侧枝，可造成支气管静脉破裂，出血大咯血。阵发性夜间呼吸困难，或咳嗽时咳出血性痰或痰带血丝；急性肺水肿时咳大量粉红色泡沫样痰；肺梗死伴咯血。

（3）**咳嗽**：因支气管粘膜充血水肿易于并发呼吸道感染及扩大的左心房压迫左主支气管所致，常出现在睡眠时或活动后加重。多为干咳，并发支气管炎，或伴肺部感染时咳粘液样痰或脓痰。

（4）**声嘶**：较少见，由于扩大的左心房和肺动脉压迫喉头及喉返神经所致。压迫喉返神经所引起。

### 2. 体征

视诊：二尖瓣面容（图 1-3）（重度狭窄）。触诊：心尖部舒张期震颤。叩诊：心浊音界于胸骨左缘第 3 肋间（心腰部）向左扩大。心腰消失，心浊音界呈“梨形心”。听诊：心尖部低调的隆隆样舒张中晚期杂音（特征性体征），杂音局限，不传导。心尖部第一心音亢进，可有开拍音（表示瓣膜弹性及活动度尚好），肺动脉区第二心音亢进伴分裂。右心衰时，出现体循环瘀血的表现：颈静脉怒张、肝大、肝颈静脉返流征阳性、下肢水肿等。



图 1-3 二尖瓣面容

### 3. 并发症

（1）**充血性心力衰竭**：是最常见的并发症，也是病人死亡的主要原因。

（2）**心律失常**：以心房颤动最常见。

（3）**栓塞**：多发于心房颤动病人，以脑栓塞最常见。

（4）**亚急性感染性心内膜炎**。

（5）**肺部感染**：诱发或加重心力衰竭的主要诱因。

（6）**急性肺水肿**：是重度二尖瓣狭窄早期的并发症。

## （三）实验室及其他检查

（1）**X 线检查**：心影呈梨形。左心房增大，肺动脉干突出，在后前位可见心影呈“梨形心”，右前斜位可见食管后移、右心室增大、肺瘀血等。

（2）**心电图**：P 波增宽有切迹，呈“二尖瓣型 P 波”，提示左心房肥大，并可发现右心室肥大，

常有心房颤动。

(3) **超声心动图检查：为明确和量化诊断二尖瓣狭窄的可靠方法。**M型超声心动图检查可有二尖瓣狭窄特征性的二尖瓣前叶活动曲线呈城垛样改变，二尖瓣前后叶在舒张期同向运动；二维超声心动图检查可直接观察二尖瓣活动度、瓣膜增厚情况、测量瓣口面积、左心房和右心室腔的大小及心壁厚度，并可发现左心房有无血栓存在，多普勒超声检查在狭窄的二尖瓣口下有舒张期频谱。

### 三、二尖瓣关闭不全

严重二尖瓣关闭不全的突出症状是疲乏无力，肺淤血的症状出现迟。体征：心尖搏动向左下移位，心尖部第一心音减弱，**突出的体征是心尖部可闻全收缩期粗糙的高调的吹风样杂音。**并发症中感染性心内膜炎发生率较二尖瓣狭窄高，体循环栓塞少见。脉冲多普勒超声和彩色多普勒血流显像可明确诊断。

### 四、主动脉瓣狭窄

#### (一) 病理解剖和病理生理

主动脉瓣口面积减小，左室收缩压明显升高，左心室进行性向心性肥厚，引起左心衰竭。左心室射血受阻，搏出量减少。

#### (二) 临床表现

(1) 症状：**劳力性呼吸困难、心绞痛和晕厥三联征。**

(2) 体征：抬举性心尖搏动，**主动脉第一听诊区**可触及收缩期震颤，**闻及粗糙而响亮的喷射性收缩期吹风样杂音**，向颈部、胸骨左下缘和心尖区传导。脉压减小。

(3) 并发症：除同二尖瓣狭窄外，还可发生猝死。

#### (三) 实验室及其他检查

超声心动图可明确诊断。

### 五、主动脉瓣关闭不全

#### (一) 病理解剖与病理生理

风湿性病变使主动脉瓣瓣叶纤维化、增厚和缩短，影响舒张期瓣叶边缘对合，导致主动脉瓣关闭不全。左心室同时接受从左心房流入的血液和从主动脉反流的血液，舒张末容量增加，左心室扩张，左心室前负荷增加，引起左心室代偿性扩大、肥厚，当超过代偿极限时，出现左心衰竭，导致左心衰竭，外周动脉供血不足。肺瘀血和肺动脉高压，最终可导致右心衰竭。反流明显者，主动脉舒张压显著减低，导致冠状动脉灌注不足，可发生心绞痛；由于收缩压代偿性升高，舒张压下降。脉压增大，可出现周围血管征。

#### (二) 临床表现

##### 1. 症状

可有头颈部强烈搏动感、心悸等。病变严重可出现劳力性呼吸困难等左心衰竭的表现。出现左心衰竭后，病情进行性加重，可有不同程度呼吸困难，甚至肺水肿。部分患者有心绞痛和体位性头昏。

##### 2. 体征

呈现心尖抬举性搏动，心尖搏动向左下移位，胸骨左缘第3、第4肋间（**主动脉瓣第二听诊**

区)可闻及舒张期高调叹气样杂音,向心尖部传导,坐位、前倾和深呼气时明显,是主动脉瓣关闭不全最重要的体征。**周围血管征**包括水冲脉、毛细血管搏动、股动脉枪击音、Duroziez 征。脉压增大。

### 3. 并发症

(1) 充血性心力衰竭多见,并为主动脉瓣关闭不全的主要死亡原因,一旦出现心功能不全的症状,往往在 2~3 年内死亡。

(2) 感染性心内膜炎。

(3) 栓塞少见。

### (三) 实验室及其他检查

(1) 超声心动图可明确诊断,M 型、二维超声心动图及多普勒是诊断和明确病因、估计反流量的主要方法。

(2) X 线检查可见左心室增大,心影呈靴形,主动脉弓凸出,透视下有明显搏动。

(3) 心电图检查显示左心室肥大及 ST-T 非特异性改变。

## 六、心脏瓣膜病病人的治疗

(1) 一般治疗:内科治疗防治风湿活动,预防感染性心内膜炎。

预防及治疗风湿活动:应用长效青霉素;出现风湿活动时,给予足量的抗风湿药物。

预防感染性心内膜炎:在接受因为出血、明显创伤而致短暂性菌血症的手术和器械操作检查时,应给予抗生素预防感染性心内膜炎。

(2) 预防栓塞慢性心房颤动、有栓塞史、超声检查示有左心房附壁血栓的患者,只要无抗凝禁忌症,均应长期使用华法林。

(3) 积极防治心力衰竭。

(4) 治疗心律失常,根据心律失常类型应用抗心律失常药。

(5) 治疗肺部感染。

(6) **介入和手术治疗是治疗心瓣膜病的有效方法**,主要有以下几种。

经皮球囊二尖瓣成形术:为缓解单纯二尖瓣狭窄的首选方法。

外科治疗严重关闭不全者可考虑人工瓣膜置换术,应在不可逆的左心衰竭发生之前进行,而又不过早冒手术风险。无症状(呼吸困难或心绞痛)和左心室功能正常的严重反流不需要手术。外科治疗人工瓣膜置换术是治疗成人主动脉瓣狭窄的主要方法。无症状的轻、中度狭窄的患者无手术指征,不需手术。

## 七、护理问题

(1) 活动无耐力:与心输出量减少有关。

(2) 有感染的危险:与肺淤血及风湿活动有关。

(3) 潜在的并发症:充血性心力衰竭、心律失常、栓塞、亚急性感染性心内膜炎。

## 八、护理措施

### (一) 减轻心脏负担

(1) 按心功能分级安排活动量。

目的。适当地活动可防止静脉血栓的形成、增加侧支循环、保持肌肉功能、防止便秘。

原则。心功能 Ⅰ级：不限制活动，但应避免重体力活动；心功能 Ⅱ级：中度限制；心功能 Ⅲ级：应严格限制体力活动；心功能 Ⅳ级：应绝对卧床休息。

(2) 合并主动脉病变者应限制活动，风湿活动时卧床休息。

## (二) 预防和护理风湿复发

居住环境温暖、通风、干燥，**预防上呼吸道感染和链球菌感染(最主要)**，适当锻炼，加强营养，增强抵抗力，术前告知医师有风心病史，预防性应用抗生素。

## (三) 预防和护理心衰

严格控制入量及输液滴速、预防呼吸道感染及风湿活动、保持大便通畅、注意休息，如发生心力衰竭，安置患者半卧位同时吸氧，给予低热量(未发生心衰，高热量) 高蛋白、低胆固醇、易消化饮食，宜少量多餐，保持大便通畅，心衰缓解后可适量补充营养，提高机体抵抗力。

## (四) 用药观察

抗生素、利尿剂、强心药、抗心律失常药、抗凝药，观察疗效和药物的不良反应。

## (五) 防止栓塞发生

(1) 指导患者避免长时间盘腿或蹲坐、避免穿高弹袜裤、勤换体位、肢体保持功能位。

(2) 合并心房颤动者服阿司匹林，防止附壁血栓形成。

(3) 避免剧烈运动和突然改变体位，以免诱发附壁血栓脱落、栓塞动脉。

(4) 观察栓塞发生的征兆：脑栓塞可引起偏瘫；四肢动脉栓塞可引起剧烈疼痛；肾动脉栓塞可引起剧烈腰痛；肺动脉栓塞可引起突然剧烈胸痛和呼吸困难、发绀、咯血、休克等。

# 九、健康教育

反复扁桃体炎者，手术切除。



## 高考链接

【例 1】(2005 年高考题) 主动脉瓣关闭不全的心脏外形特点是( )。

A. 靴型心      B. 烧瓶状心      C. 球形心      D. 梨形心

【分析】主动脉瓣关闭不全时，左心室同时接受从左心房流入的血液和从主动脉反流的血液，左心室前负荷增加，引起左心室代偿性扩大、肥厚，心浊音界向左下扩大呈“靴形”。

【答案】A

【例 2】(2013 年高考题) 风湿性心脏瓣膜病最常受累的瓣膜是( )。

A. 主动脉瓣      B. 二尖瓣      C. 肺动脉瓣      D. 三尖瓣

【分析】临床上瓣膜的损害，以二尖瓣最常见，其次为主动脉瓣，三尖瓣较少，最少是肺动脉瓣。易侵犯二尖瓣及主动脉瓣的原因，可能与两者所承受压力较大有关。

【答案】B

【例 3】(2013 年高考题) 主动脉瓣关闭不全的体征，不包括( )。

A. 交替脉      B. 主动脉瓣区舒张期杂音  
C. 水冲脉      D. 股动脉枪击音

【分析】胸骨左缘第 3、第 4 肋间(主动脉瓣第二听诊区)可闻及舒张期高调叹气样杂音，周

围血管征包括水冲脉、毛细血管搏动、股动脉枪击音。脉压增大。

【答案】A

【例4】(2015年高考题)风湿病与( )感染有关。

- A. A组乙型溶血性链球菌      B. 金黄色葡萄球菌  
C. 绿脓杆菌      D. 大肠杆菌

【分析】风湿热是由A组乙型溶血性链球菌引起的结缔组织疾病。

【答案】A

【例5】(2012年高考题)患者,女性,29岁。4年前体检曾被告知患心脏病,既往有“扁桃体炎”病史,近一年来出现心慌,劳力性呼吸困难,最近两周日常活动时即出现呼吸困难,患者有时夜间入睡后因憋气而惊醒,被迫坐起,遂来医院就诊,该患者面部如图1-4所示。



图1-4 患者面部

请回答:

- (1) 该患者最可能患何种心脏病?
- (2) 如图1-4所示为何种体征?有何特点?
- (3) 该患者心脏听诊的主要部位。听诊的典型体征。
- (4) 诊断该疾病需要给患者做哪3项常用实验与特殊检查?

【答案】

- (1) 风湿性心脏瓣膜病,二尖瓣狭窄。
- (2) 二尖瓣面容:颊部紫红,口唇紫绀。
- (3) 心尖部:低调舒张中晚期隆隆样杂音。
- (4) 超声心动图、X线检查、心电图。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 女性,35岁,既往风湿性关节炎病史10年。劳累后心悸、气促4年,近来加重,夜间不能平卧,查体:心尖部舒张期隆隆样杂音,肺底可听到细小水泡音,腹胀,双下肢水肿。该患者的可能诊断为( )。

- A. 支气管哮喘      B. 风湿性心脏病:二尖瓣狭窄  
C. 上呼吸道感染      D. 急性心包炎

2. 主动脉瓣关闭不全的主要并发症是( )。

- A. 充血性心力衰竭      B. 心律失常  
C. 上呼吸道感染      D. 栓塞

3. 和乙型溶血性链球菌反复感染有关的心脏病是( )。

- A. 肺源性心脏病      B. 慢性风湿性心瓣膜病  
C. 冠状动脉粥样硬化性心脏病      D. 高血压性心脏病

4. 李女士,47岁,患风湿性心脏病二尖瓣狭窄6年余,近日上呼吸道感染后出现心力衰竭表现,即乏力,稍事活动就心慌、憋气,伴有食欲不振、肝区胀痛;双下肢轻度水肿,双肺底湿啰音,心率128次/分。病变最先累及( )。

- A. 右心房      B. 左心房      C. 右心室      D. 左心室



5. 风湿性心脏病二尖瓣狭窄病人并发的心律失常最常见的是( )。
- A. 心房颤动      B. 房性早搏      C. 室性早搏      D. 房室传导阻滞
6. 预防风湿性心瓣膜病的根本措施是( )。
- A. 长期服用抗风湿药物      B. 积极防治链球菌感染  
C. 防止复发, 卧床休息      D. 增加营养, 避免过劳
7. 二尖瓣关闭不全的最重要的体征是( )。
- A. 第一心音减弱      B. 肺动脉瓣第二心音亢进  
C. 有第三心音      D. 心尖部可听到全收缩期粗糙的吹风样杂音
8. 风心病瓣膜的栓子脱落最常见栓塞的部位是( )。
- A. 肺      B. 脑      C. 四肢      D. 肾
9. 二尖瓣狭窄最常出现的早期症状是( )。
- A. 劳力性呼吸困难      B. 咳嗽、咳痰  
C. 心功能不全      D. 心绞痛
10. 二尖瓣狭窄最有价值的体征是( )。
- A. 二尖瓣面容      B. 心尖区收缩期吹风样杂音  
C. 肺动脉瓣区第二心音亢进      D. 心尖区舒张期隆隆样杂音
11. 二尖瓣狭窄大咯血的原因是( )。
- A. 支气管粘膜血管破裂      B. 肺水肿  
C. 支气管静脉破裂      D. 合并肺炎
12. 张先生, 45岁。心悸、气促7年, 近一年症状明显加重, 同时伴双下肢水肿, 此症状是风心病合并( )。
- A. 充血性心力衰竭      B. 心律失常  
C. 肺部感染      D. 下肢栓塞
13. 在风湿性心脏病联合瓣膜病中, 以下组合最常见的是( )。
- A. 二尖瓣狭窄并主动脉狭窄      B. 二尖瓣狭窄并主动脉关闭不全  
C. 主动脉狭窄伴二尖瓣关闭不全      D. 主动脉关闭不全二尖瓣关闭不全
14. 女性, 22岁。风湿性二尖瓣狭窄病史, 近3天患者出现咳血丝痰, 间有粉红色泡沫痰。查体: 血压 120/80mmHg, 心率 100 次/分, 肺少量湿啰音, 双下肢无浮肿, 颈静脉无怒张, 肝肋下未及, 目前考虑患者处于( )。
- A. 左心房代偿, 右心室代偿      B. 左心房代偿, 右心室失代偿  
C. 左心房失代偿, 右心室代偿      D. 左心房失代偿, 右心室失代偿
15. 男性, 18岁, 诊断为风湿性心脏病主动脉关闭不全, 下列不是周围血管特征的是( )。
- A. 随心脏搏动的点头特征      B. 水冲脉  
C. 枪击音      D. 奇脉
16. 风湿性心脏瓣膜病中, 最易引起晕厥的是( )。
- A. 主动脉瓣狭窄      B. 主动脉瓣关闭不全  
C. 二尖瓣狭窄      D. 二尖瓣关闭不全
17. 风湿性心脏瓣膜病中, 最易引起心绞痛的是( )。
- A. 主动脉瓣狭窄      B. 主动脉瓣关闭不全

C. 二尖瓣狭窄

D. 二尖瓣关闭不全

18. 男性, 32 岁。反复心悸, 气促 6 年, 多于咽痛、咳嗽、发热后症状明显, 开始为活动后心悸、气促, 近 1 年来渐出现夜间阵发性呼吸困难, 5 天前因着凉后咽痛, 6 小时前出现明显的心悸、气促, 咳粉红色泡沫样痰, 不能平卧。年幼时有咽痛、发热、关节痛发作史。体检: 体温 38.8, 脉搏 100 次/分, 呼吸 26 次/分, 血压 90/65mmHg。端坐位, 心率 126 次/分, 律不齐, 第一心音强弱不等, 心尖区可闻舒张期隆隆样杂音, 双肺可闻干湿啰音。本病最可能的诊断为 ( )。

A. 风湿性心脏病 (二尖瓣关闭不全), 心房颤动, 急性肺水肿

B. 风湿性心脏病 (二尖瓣狭窄), 心房颤动, 急性肺水肿

C. 风湿性心脏病 (联合瓣膜病), 心房颤动, 急性肺水肿

D. 风湿性心脏病 (二尖瓣狭窄), 心房颤动

19. 女性, 35 岁。风湿性心脏病二尖瓣病史多年, 昨天突发右侧肢体偏瘫。检查: 血压 130/85mmHg, 心率 125 次/分, 心房扑动, 左侧肢体肌力下降, 肌张力稍高, 引起偏瘫的原因为 ( )。

A. 脑出血

B. 脑动脉缺氧, 痉挛

C. 血小板减少

D. 左心房血栓脱落, 栓塞

20. 男性, 28 岁, 体检发现心脏杂音来诊, 怀疑风湿性心脏病。下列检查有确诊意义的是 ( )。

A. X 光胸片

B. 超声心动图

C. 心电图

D. 心电向量图

21. 女性, 38 岁, 二尖瓣狭窄伴咯血, 关于该类患者的咯血, 以下说法正确的是 ( )。

A. 一般咯血量多, 常致窒息

B. 病情凶险, 易致出血性休克

C. 咯血多有自限性, 较少出现大咯血

D. 是支气管粘膜下静脉的破裂

22. 女性, 25 岁, 风湿性心脏病来诊。体检发现脉压较大。为确诊是否有主动脉关闭不全存在, 最好的听诊体位是 ( )。

A. 左侧卧位

B. 半坐卧位

C. 坐位

D. 坐位前倾深呼吸

23. 男性, 35 岁, 诊断为风湿性心脏病主动脉瓣重度狭窄, 其典型的症状应该是 ( )。

A. 心绞痛、呼吸困难、晕厥

B. 呼吸困难、晕厥、咯血

C. 静息呼吸困难、端坐呼吸或阵发夜间呼吸困难

D. 发作性抽搐、意识不清

24. 女性, 28 岁, 风湿性心脏病二尖瓣狭窄伴尖瓣关闭不全, 洋地黄治疗过程出现 ( ) 现象须立即停药。

A. 心房颤动心率 55 次/分且规则

B. 心电图 ST 段呈鱼钩样改变

C. 偶发室性早搏

D. 心房颤动伴右束支差传

25. 男性, 30 岁, 风湿性心脏病二尖瓣狭窄病史, 发热、咳嗽、咳痰一周入院。查: 血压 130/80mmHg, 心率 92 次/分, 律整, 心电图见窦性心律, 左房增大, 电轴右偏, 左下肺可闻散在湿性啰音。目前首选的治疗为 ( )。

A. 洋地黄控制心衰

B. 利尿剂降低前负荷

- C. 血管扩张剂降低前后负荷 D. 积极抗感染治疗
26. 二尖瓣狭窄引起肺水肿的原因主要是 ( )。
- A. 左室衰竭 B. 右室衰竭 C. 全心衰竭 D. 左房衰竭
27. 二尖瓣狭窄的主要临床症状不包括 ( )。
- A. 呼吸困难 B. 咯血 C. 晕厥 D. 声音嘶哑
28. 二尖瓣狭窄患者并发 ( ) 最易有血栓形成。
- A. 阵发性心动过速 B. 频发房性早搏  
C. 频发室性早搏 D. 心房颤动
29. 二尖瓣狭窄患者突然出现偏瘫, 应考虑 ( )。
- A. 脑血栓形成 B. 脑栓塞 C. 脑血管痉挛 D. 脑出血
30. 二尖瓣狭窄患者, 提示其瓣膜尚有一定弹性的听诊标志是 ( )。
- A. 心尖区第一心音减弱  
B. 舒张期杂音局限不传导  
C. 肺动脉瓣区第二心音分裂  
D. 二尖瓣开放拍击音
31. 二尖瓣狭窄时常发生 ( )。
- A. 肺缺血 B. 左房附壁血栓 C. 左室肥大 D. 右室肥大
32. 主动脉瓣关闭不全可致 ( )。
- A. 左室肥大 B. 左房肥大 C. 右室肥大 D. 右房肥大
33. 风湿性心脏瓣膜病病人的健康教育中最重要的是 ( )。
- A. 保持心情愉快 B. 避免过度劳累  
C. 预防呼吸道感染 D. 定期门诊复查
34. 主动脉瓣关闭不全可致 ( )。
- A. 下肢水肿 B. 心包炎 C. 脉压增大 D. 右心衰
35. 主动脉瓣关闭不全可出现 ( )。
- A. 肝肿大 B. 舒张压升高  
C. 颈静脉怒张 D. 毛细血管搏动征
36. 以下属于外周血管征的是 ( )。
- A. 低血压 B. 心跳强烈 C. 颈静脉充盈 D. 大动脉枪击音
37. 脉压加大可出现 ( )。
- A. 肝肿大 B. 水冲脉 C. 下肢水肿 D. 肺瘀血
38. 主动脉瓣关闭不全可出现 ( )。
- A. 心绞痛 B. 心包炎 C. 心内膜炎 D. 心肌炎
39. 主动脉瓣关闭不全可出现 ( )。
- A. 心房纤颤 B. 左房肥大 C. 右房肥厚 D. 左心衰竭
40. 女性, 40 岁。患慢性风湿性心脏瓣膜病, 除具有原发症状外, 突然出现一侧下肢剧痛, 动脉搏动消失, 局部皮肤苍白、发凉、紫绀, 应考虑是 ( )。
- A. 脑栓塞 B. 肢体栓塞 C. 肺栓塞 D. 下肢动脉栓塞
41. 二尖瓣狭窄患者痰中带血丝的可能原因是 ( )。

- A. 支气管静脉曲张破裂 B. 急性肺水肿  
C. 肺梗死 D. 支气管内膜毛细血管破裂
42. 风湿性二尖瓣狭窄较少见的并发症是 ( )。  
A. 心律失常 B. 急性肺水肿  
C. 血栓栓塞 D. 感染性心内膜炎
43. 关于二尖瓣狭窄病人的防治, 以下说法不正确的是 ( )。  
A. 预防风湿热复发, 可终生应用长效青霉素  
B. 一旦诊断确立, 即可用洋地黄  
C. 二尖瓣狭窄窦性心律者, 一般不用洋地黄  
D. 无症状者避免剧烈体力活动、定期复查
44. 冠心病引起心力衰竭的原因是 ( )。  
A. 长期高脂饮食 B. 心肌收缩无力 C. 长期高血糖 D. 高血压
45. 下列风心病易发生心绞痛、晕厥的是 ( )。  
A. 二尖瓣狭窄 B. 二尖瓣关闭不全 C. 主动脉瓣狭窄 D. 肺动脉瓣狭窄
46. 治疗风心病的根本方法是 ( )。  
A. 保护心功能 B. 改善心功能  
C. 手术, 如二尖瓣分离术 D. 积极预防风湿活动
47. 风心病二尖瓣狭窄的主要体征是 ( )。  
A. 心尖区可闻及全收缩期粗糙吹风样杂音  
B. 心尖区可闻及舒张期隆隆样杂音  
C. 主动脉瓣第二听诊区闻及舒张早期叹气样杂音  
D. 主动脉瓣区闻及粗糙收缩期吹风样杂音
48. 长期卧床的风心病心衰病人, 当下肢静脉血栓脱落可导致栓塞的部位是 ( )。  
A. 脑栓塞 B. 肾栓塞 C. 肺栓塞 D. 足背动脉栓塞
49. 肖先生, 33 岁, 风心病二尖瓣狭窄 4 年, 近 1 个月重体力劳动时出现呼吸困难入院。晚 1 点患者突然憋醒, 端坐位, 大汗淋漓, 咳粉红色泡沫痰。心率 120 次/分, 两肺满布湿啰音及哮鸣音, 责任护士给予患者吸氧的正确方式是 ( )。  
A. 持续低流量吸氧 B. 高流量吸氧  
C. 间断给氧 D. 高流量酒精湿化吸氧
50. 风心病常有并发症不包括 ( )。  
A. 充血性心力衰竭 B. 心房颤动  
C. 亚急性感染性心内膜炎 D. 心包炎、心包积液
51. 治疗风湿性二尖瓣狭窄药物中, 苄星青霉素的作用是防止 ( )。  
A. 风湿热 B. 心力衰竭  
C. 动脉栓塞 D. 心律失常

## 二、简答题

- 简述二尖瓣狭窄导致右心衰的病理生理过程。
- 简述二尖瓣狭窄的主要临床表现。

## 三、视图题

请写出图 1-5 中 A、B、C、D 所示的具体位置，所代表的瓣膜听诊区。

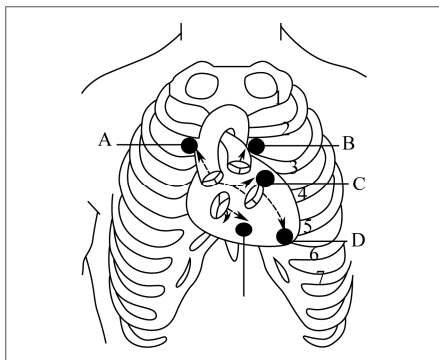


图 1-5 第三题图示

## 四、综合分析题

周先生,48岁,风心病二尖瓣狭窄及关闭不全,全心衰6年,平日坚持服用地高辛及利尿剂。1周来咳嗽咳痰,痰黄,发热,3天来心跳加快,气短加重入院。体检:体温39℃,血压100/70mmHg,呼吸28次/分,神清,半卧位,口唇、甲床发绀,可见颈静脉怒张,心界扩大,心率120次/分,律整,两肺满布干湿啰音,肝肋下2横指,脾(-),无腹水,双下肢浮肿。

- (1)请考虑病人此次心衰的主要诱因是什么。引起此病人发生心力衰竭的原因和诱因有哪些?
- (2)此病人存在的主要的护理诊断有哪些?
- (3)心衰控制后责任护士如何向病人及家属进行健康教育,其内容主要是什么?

### 第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理



#### 考纲要求

1. 掌握冠心病的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解冠心病的概念、发病机制、主要护理诊断。
3. 了解冠心病病人的治疗要点及健康教育。



#### 知识梳理

#### 一、疾病概述

##### 1. 定义

冠状动脉粥样硬化性心脏病是指冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄或阻塞或（和）因冠状动脉痉挛导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病，统称冠状动脉性心脏病，简称冠心病，亦称缺血性心脏病。

##### 2. 分型

无症状性心肌缺血、心绞痛、心肌梗死、缺血性心肌病、猝死。

##### 3. 病因

引起动脉粥样硬化的原因是多方面的，目前认为主要和下列因素有关。

（1）血脂异常：脂质代谢紊乱是冠心病最重要的危险因素。总胆固醇（TC）和低密度脂蛋白胆固醇（LDLC）水平和冠心病事件的危险性之间呈正相关。甘油三酯（TG）是冠心病的独立预测因子，往往伴有低高密度脂蛋白胆固醇（HDL）和糖耐量异常，后两者也是冠心病的危险因素。

（2）高血压：高血压与冠状动脉粥样硬化的形成和发展关系密切。收缩期血压比舒张期血压更能预测冠心病事件。

（3）糖尿病：冠心病是未成年糖尿病患者首要的死因。

（4）吸烟：吸烟可造成动脉壁氧含量不足，促进动脉粥样硬化的形成。

（5）肥胖：肥胖者（超标准体重 10% 为轻、20% 为中、30% 为重度肥胖）易患本病。

（6）缺少运动：缺少活动者冠心病发病率较高，锻炼者血脂较低。

（7）家族史。

（8）其他：年龄、性别、性格、饮食习惯、某些微量元素缺乏等。

#### 二、心绞痛

##### （一）概念

心绞痛是冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。

##### （二）分型

（1）**稳定型心绞痛**是冠状动脉硬化所致，这类患者在休息时，心肌的血供尚能满足需要，但若体力活动或情绪激动等，心肌耗氧量增加时，心肌对血供的需求就增加，或当冠状动脉痉挛时，

冠状动脉的血流量进一步减少,引起心肌急剧的、暂时的缺血缺氧,使心肌内积聚过多的代谢产物,如乳酸、丙酮酸、磷酸、多肽类物质,刺激心脏内自主神经的传入纤维末梢,经1~5胸交感神经节和相应的脊髓段传至大脑,产生痛觉,这种痛觉反映在与自主神经进入相同脊髓节段的脊神经分布区域(在左臂尺侧、小指、胸骨后,多不在胸前区)。

(2) **不稳定型心绞痛**,这类患者冠状动脉内的粥样斑块破裂、出血和微血栓形成,休息状态可发生,可劳累诱发,但劳力负荷中止后,胸痛并不缓解。

### (三) 护理评估

#### 1. 健康史

(1) 询问病人有无高血压、高脂血症、吸烟、糖尿病及肥胖等危险因素。

(2) 有无劳累、情绪激动、饱食、寒冷、吸烟、心动过速及休克等诱发因素。

(3) 了解病人的年龄、饮食习惯、生活方式、工作性质及性格等。

#### 2. 护理评估

(1) 症状:典型稳定型心绞痛以发作性胸痛为特点,胸痛具有以下特点。

部位:主要在**胸骨体上段或中段**之后,范围约手掌大小,界限不清,常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指,或至颈、咽和下颌部。

性质:胸痛常为**压迫、发闷或紧缩性**,也可有烧灼感,但不尖锐,不像针刺或刀割样痛,偶伴濒死的恐惧感,发作时病人常**不自觉地停止原来的活动(强迫停立位)**,直至症状缓解。

诱因:常由体力劳动、情绪激动、饱食、寒冷、吸烟及心动过速等诱发。疼痛多发生于**劳力或激动的当时**,而不是在劳累之后。

持续时间:疼痛出现后常逐步加重,然后在3~5分钟内逐渐消失,很少超过15分钟,可数日或数周发作1次,或一日内发作多次。

缓解方式:休息或舌下含服硝酸甘油后1~2分钟内缓解。

(2) 体征:发作时常有心率加快、血压升高、面色苍白、冷汗,部分病人有暂时性心尖部收缩期杂音、舒张期奔马律及交替脉。

#### 3. 辅助检查

(1) **心电图**:最常用的检查方法,典型心绞痛发作时,心电图可见以R波为主的导联,出现暂时性心肌缺血引起的ST-T缺血性改变——ST段压低、T波低平或倒置,发作后数分钟恢复原状。24小时动态心电图监测,有助于非典型发作病人的诊断。

(2) 放射性核素检查:显示心肌缺血区的部位和范围。

(3) 冠状动脉造影:对冠状动脉及其分支狭窄的部位和程度,有确诊价值。

#### 4. 治疗要点

(1) 发作时治疗:立即**休息**;应用作用较快的**硝酸酯制剂**(扩张冠状动脉,减轻心脏负荷及心肌耗氧量)硝酸甘油或硝酸异山梨酯(**舌下含化**)。

(2) 缓解期治疗。

控制危险因素,避免诱因。

使用预防心绞痛发作的药物,如硝酸酯制剂、 $\beta$ 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂及抗血小板药物等。

经皮腔内冠状动脉成形术及支架植入术。

行主动脉-冠状动脉旁路移植手术。

#### （四）护理诊断及合作性问题

- （1）急性疼痛：胸痛，与冠状动脉供血不足导致心肌缺血、缺氧有关。
- （2）焦虑：与心绞痛反复发作有关。
- （3）并发症：急性心肌梗死。

#### （五）护理目标

- （1）病人能避免各种诱因，疼痛缓解。
- （2）情绪稳定，焦虑感减轻或消失。

#### （六）护理措施

##### 1. 一般护理

疼痛发作时应立即停止正在进行的的活动，不稳定型心绞痛病人，应卧床休息。必要时吸氧。给予低热量、低盐、低脂饮食，少食多餐，多食蔬菜、水果等富含纤维素的食物，戒烟、限酒。适当运动，控制体重，减轻精神压力。保持排便通畅，必要时服缓泻剂。避免用力排便。

##### 2. 病情观察

- （1）注意观察病人胸痛的部位、性质、持续时间及缓解方式。
- （2）密切监测生命体征及心电图变化。
- （3）观察有无心律失常、不稳定型心绞痛、急性心肌梗死等的发生。

##### 3. 用药护理

硝酸甘油 0.3~0.6mg 舌下含化，1~2 分钟起效，或硝酸异山梨酯 5~10mg 舌下含化，2~5 分钟起效。硝酸甘油主要有头痛、血压下降、面红及心悸等不良反应。疼痛持续 15~30 分钟未缓解者，警惕心肌梗死的发生。

##### 4. 心理护理

紧张、焦虑加重心肌缺血、加重心脏负荷，对病人采取放松术，缓解焦虑和恐惧。

#### （七）健康指导

（1）疾病知识指导。教会病人及家属心绞痛发作时的缓解方法。指导病人正确用药，学会观察药物疗效和不良反应。嘱病人随身携带硝酸酯类药物以备发作时急救。警惕心肌梗死。

（2）生活指导。嘱病人生活要有规律，保证充足的睡眠和休息。指导病人摄入**低热量、低脂、低胆固醇、低盐饮食，戒烟**。适当运动，控制体重，减轻精神压力。

（3）指导患者学会控制情绪，保证睡眠充足。

（4）指导患者掌握治疗原则。

活动量须逐渐增加，以不引起不适症状为宜。

避免重体力劳动或剧烈活动，可以选择散步、骑车、太极拳等轻柔的活动项目。

在任何情况下，心绞痛发作时，应立即停止活动就地休息。

合理饮食，避免暴饮暴食及进食高脂肪高热量食物，控制食盐摄入量，每日不超过 5g，增加饮食中的纤维素含量，保持大便通畅。大便时避免用力，必要时可使用缓泻剂或开塞露。戒烟限酒，不饮浓茶或咖啡。

（5）随身携带“保健盒”，学会正确使用药物。

（6）洗澡时间不宜过长，水温不宜过高或过低，不宜在饱餐或饥饿时洗澡，洗澡时不宜锁门。

（7）教患者识别心肌梗死的先兆症状，如心绞痛发作频繁或程度加重，含硝酸酯类药物无效时，应由家属护送就近就诊。



### 三、心肌梗死

心肌梗死是指在冠状动脉病变的基础上，冠状动脉的血液中断，使相应的心肌出现严重而持久的急性缺血，最终导致心肌的缺血性坏死。在临床上常有持久的胸骨后剧烈疼痛、发热、白细胞计数增高、血清心肌酶升高，以及心电图反映心肌急性损伤、缺血和坏死的一系列特征性演变，并可出现心律失常、休克和心力衰竭，属**冠心病的严重类型**。

#### （一）护理评估

##### 1. 健康史

- （1）询问病人有无冠心病危险因素及心绞痛发作史。
- （2）有无休克、脱水、出血、外科手术及严重心律失常等。
- （3）有无重体力活动、情绪激动、血压突然升高、饱餐及用力排便等诱因。

##### 2. 身体状况

（1）先兆。发病前数日有乏力，胸部不适，活动时心悸、气急、烦躁、心绞痛等前驱症状。心绞痛发作较以往频繁、性质较剧、持续时间长，硝酸甘油疗效差，诱发因素不明显。

##### （2）症状。

**疼痛：为最早最突出的症状。**持续时间较长，可达数小时或数日，休息和含服硝酸甘油多不能缓解。少数病人无疼痛，一开始即表现为休克或急性心力衰竭。部分病人疼痛位于上腹部，被误认为胃穿孔、急性胰腺炎等急腹症，部分病人疼痛放射至颈部、背部上方，被误认为骨关节痛或牙痛。

**全身症状：**发病 1~2 天后可有发热（吸收热）、心动过速、白细胞增高及血沉增快等，体温一般在 38℃ 左右，很少超过 39℃，持续 1 周左右。

**胃肠道症状：**疼痛剧烈时常伴恶心、呕吐、上腹部胀痛，与迷走神经受坏死心肌刺激和心排血量降低、组织灌注不足等有关。

**心律失常：**起病后 1~2 周内，以**室性心律失常**最多见，室颤是急性心肌梗死早期（**发病 24 小时内**）主要的死因。前壁心肌梗死易发生室性心律失常（频发、成对出现、室速、多源性或 R on T 现象）属于高危心律失常，**下壁心肌梗死易发生房室传导阻滞及窦性心动过缓**。

**休克：**起病后数小时至 1 周内发生，表现为收缩压低于 80mmHg，烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、脉搏细速、尿量减少、神志迟钝甚至昏厥。

**心力衰竭：**主要为急性左心衰竭，可在起病最初几日内发生，或在疼痛、休克好转阶段发生。表现为呼吸困难、咳嗽、发绀及烦躁等，重者出现肺水肿。

（3）体征。心浊音界增大。心率增快或减慢；心尖区第一心音减弱；可闻及舒张期奔马律；部分病人出现心包摩擦音。血压下降。出现心律失常、休克及心力衰竭时有相应的体征。

（4）并发症 乳头肌功能失调或断裂； 心脏破裂； 栓塞； 心室壁瘤； 心肌梗死后综合征。

##### 3. 治疗要点

及早发现，及早住院，并加强入院前就地处理。治疗原则为挽救濒死的心肌，缩小梗死面积，保护心脏功能，及时处理各种并发症。

（1）解除疼痛：肌注派替啶或皮下注射吗啡。试硝酸甘油舌下含化。

（2）再灌注心肌：起病 3~6 小时内，最晚在 12 小时内，使闭塞的冠状动脉再通，使是坏死心肌面积缩小。介入治疗、溶栓治疗、紧急主动脉-冠脉旁路移植术。

(3) 对症治疗。

(4) 其他治疗。

#### 4. 辅助检查

(1) 心电图检查：大块的心肌梗死累及心室壁的全层或大部分者，心电图有宽而深的 Q 波、弓背向上型抬高、T 波倒置等特征性改变。这些改变呈动态性演变。利用心电图检查可判断心肌梗死的位置、范围和估计病情演变，所以**心电图检查是临床上诊断心肌梗死的重要手段和依据**。典型的心肌梗死的特征性心电图改变是在起病数小时出现高尖 T 波；数小时后，ST 呈弓背向上抬高，与 T 波形成单向曲线；1~2 日内出现病理性 Q 波，70%~80% Q 波永存；2 周内 ST 段渐回到等电位，T 波平坦或倒置，3 周倒置最深，有时呈冠状 T 波，数月或数年渐恢复，也可永久存在。根据心电图改变的导联可判断梗死的部位。

(2) 血心肌坏死标记物增高：肌红蛋白升高；肌钙蛋白 I 或 T 升高；**肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 升高**（最早升高、特异性最高的酶），对诊断急性心肌梗死有重要价值。其他心肌酶如肌酸激酶、天门冬氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶的升高对诊断急性心肌梗死的特异性及敏感性均远不如上述心肌坏死标记物。但仍有一定的参考价值。血清心肌酶增高情况如表 1-1 所示。

表 1-1 血清心肌酶增高情况

项目	肌红蛋白	肌钙蛋白	肌酸激酶	肌酸激酶同工酶	天门冬氨酸氨基转移酶
出现时间/小时	1~2	2~4	6	3~4	6~12
敏感时间/小时	4~8	8~12		8~12	
峰值时间/小时	4~8	10~24	24	10~24	24~28
持续时间/天	0.5~1	5~10	3~4	2~4	3~5

(3) 其他检查：包括超声心动图、放射性核素检查、血和尿测定、血清肌凝蛋白轻链或重链测定等，对心肌梗死和并发症都有诊断价值。

#### (二) 护理诊断及合作性问题

(1) 急性疼痛：胸痛，与心肌缺血坏死有关。

(2) 活动无耐力：与疼痛、氧的供需失调、焦虑有关。

(3) 恐惧：与剧烈胸痛伴濒死感有关。

(4) 有便秘的危险：与进食少、活动少、不习惯床上排便有关。

(5) 知识缺乏：与缺乏对疾病、治疗、危险因素的正确认识有关。

(6) 潜在并发症：心律失常、心力衰竭和心源性休克。

#### (三) 护理目标

(1) 病人胸痛减轻或消失。

(2) 活动耐力逐渐提高。

(3) 恐惧感减轻或消失，情绪平稳。

(4) 病人能描述预防便秘的措施，排便通畅，无便秘发生。

#### (四) 护理措施

##### 1. 一般护理

(1) 休息与活动：12 小时绝对卧床休息；24 小时床上行肢体活动；3 天病房内走动；4~5 天逐步增加活动。急性心肌梗死患者发病的第 1 周内病情最不稳定，易出现并发症，故应绝对卧

床休息,谢绝探视,保持情绪稳定,减少心肌耗氧量。如患者情况稳定,无并发症,第2周就可以在床上作四肢活动,防止下肢深静脉栓塞。第3~4周帮助患者逐步离床站立和室内缓步走动,根据病人的病情适当增加活动量为妥,运动量以不引起心脏不适或气短为指标。

(2) 饮食护理:在最初2~3日应以流质为主,以后随着症状的减轻而逐渐过渡到低钠、低脂、低胆固醇清淡饮食,提倡少量多餐。

(3) 吸氧:以增加心肌氧的供应,减轻缺血和疼痛。吸氧可改善心肌缺氧状态,用鼻导管持续高流量吸氧3~5天,流量为4~6L/分,以后间歇吸氧,流量为2~3L/分。吸氧是心肌梗死治疗中的重要措施,氧疗可以提高血氧饱和度,缓解心绞痛,减少心律失常,早期足量地吸氧可缩小梗死的面积的扩大,因此及时通畅有效吸氧是至关重要的。

(4) 保持大便通畅:了解病人日常的排便习惯、排便次数及形态,指导病人养成每日定时排便的习惯,多食蔬菜和水果等粗纤维食物,无糖尿病者可服用蜂蜜水;每日行腹部环形按摩以促进肠蠕动;遵医嘱给予缓泻剂,必要时给予甘油灌肠;嘱病人便时避免用力,以防诱发心力衰竭、肺梗死甚至心脏骤停。

## 2. 病情观察

(1) 安置病人于冠心病监护病房(CCU),监测心电图、血压、呼吸、意识、皮肤粘膜色泽、心率、心律及尿量等。预防三大并发症的发生(心律失常、心源性休克、急性左心衰),护士应每15~30分钟测P、R、BP 1次,记录24小时出入量;做好心电监护,注意心音、心率、心律、胸痛的变化。心律失常是心肌梗死的常见并发症,也是早期致死的主要原因,常常发生于24小时之内,室性心律失常最多见。CCU护士要对心律失常有充分的认识,护士必须熟悉患者心电图变化及正确识别各种心律失常图形。

(2) 对于严重心衰者还需监测肺毛细血管压和静脉压。

(3) 备好除颤器和各种急救药品。

(4) 若发现心律失常、心力衰竭和休克等早期征象,应立即报告医师并协助抢救。

## 3. 用药护理

遵医嘱用药并注意观察疗效和不良反应。

(1) 疼痛的护理。急性心肌梗死患者多发病突然,并伴有疼痛、压榨感,因此护士要认真观察疼痛的性质、持续时间。因剧烈疼痛、烦躁不安可增加心肌耗氧量和心脏负荷,诱发心力衰竭、心律失常和休克,所以疼痛时要尽快止痛,可给予杜冷丁或吗啡止痛。同时密切观察呼吸、面色的变化,以防止药物对呼吸循环的抑制。有效的止痛镇静措施不可忽视。

(2) 加强临床观察,密切注意溶栓后的副作用:溶栓治疗是近年来治疗急性心肌梗死最有效、最经济的方法之一。但溶栓后出现的并发症也是不容忽视的。由于溶栓时尿激酶、肠溶阿司匹林,溶栓后肝素钙等抗凝溶栓药物的应用,有不少患者可能出现出血并发症,因此应严密观察患者皮肤粘膜有无出血点、紫斑及患者大小便颜色及呕吐物,特别注意患者意识、瞳孔有无异常变化,以观察有无颅内出血。一旦发生,立即停止使用肝素及阿司匹林,并进行对症处理。溶栓后可根据下列指标间接判断溶栓是否成功:胸痛2小时内基本消失;心电图的ST段于2小时内回降>50%;2小时内出现再灌注性心律失常;血清肌酸激酶同工酶峰提前出现(14小时以内),或根据冠状动脉造影直接判断冠状动脉是否再通。

溶栓的禁忌症:心肺复苏术后;血压超过26.6/16kPa(200/120mmHg)者;不能排除主动脉夹层分离者;近期有活动性出血、出血性疾病或出血倾向者,特别是有脑出血史者;近期曾有过各类手术或外伤者;妊娠者;各种原因心房颤动疑有心腔血栓者;有严重

肝肾功能损害者。有下列情况者要慎用：血小板计数  $< 10 \times 10^9/L$ ；有活动性消化性溃疡者；体质多呈衰弱或恶液质者；糖尿病伴严重视网膜病变者。

(3) 严格控制输液速度，在输液过程中，应严格控制滴速，滴速太快，会加重心脏循环负荷，滴速太慢，达不到预期疗效。急性期以 15~30 滴/分为宜，并严格掌握浓度，如硝酸甘油的使用开始剂量为 5~10Ug/分。

#### 4. 心理护理

#### 5. 健康指导

总的原则是做到“三要”、“三不要”。“三要”：一要按时服药，定期复诊；二要保持大便通畅；三要坚持体育锻炼。“三不要”：一不要情绪激动；二不要过度劳累；三不要抽烟、饮酒和吃得过饱。

(1) 生活指导：合理膳食（以低热量、低脂、高纤维素、富含维生素、产气少的食物为宜，少食多餐，疼痛发作时暂不进食），戒烟，适当有规律地运动，避免剧烈运动。运动量要循序渐进。第 1 周：前 3 日绝对卧床休息，做关节的被动运动，帮助做好生活护理。第 4 日起，进行关节主动活动，坐位或半坐卧位进餐、洗漱（摇起床头），协助做好生活护理。起落床头时动作应缓慢，以防体位性低血压。第 2 周：坐椅子上就餐、洗漱等，由坐床边、床边站立逐步过渡到床边步行、病室内行走、室外走廊散步。第 3 周：在帮助下洗澡、上厕所。注意：根据病情随时调整活动量，循序渐进逐步提高活动耐力，以不引起不适、心率、血压变化为原则。有并发症或活动后不适者，延长卧床休息时间。

(2) 用药指导：嘱病人随身携带“保健盒”。按时服药、定期复查。准确及时使用镇静、镇痛、抗凝、调脂、硝酸酯类药物。

(3) 保持情绪稳定，避免不良刺激，做好心理护理，保持充足睡眠。

(4) 避免诱发因素（情绪激动、屏气、用力、劳累、寒冷、感染、暴饮暴食）。保持大便通畅，避免用力排便，便秘者遵医嘱用缓泻剂。积极治疗高血压、高脂血症、糖尿病等，自觉戒烟、避免肥胖及缺乏运动不良因素。绝对不搬抬过重的物品。搬抬重物时必然弯腰屏气，这对呼吸、循环系统的影响与用力屏气大便类似，是老年冠心病病人诱发心梗的常见原因。不要在饱餐或饥饿的情况下洗澡。水温最好与体温相当，水温太热可使皮肤血管明显扩张，大量血液流向体表，可造成心脑血管缺血。洗澡时间不宜过长，洗澡间一般闷热且不通风，在这样的环境中人的代谢水平较高，极易缺氧、疲劳，老年冠心病病人更是如此。

(5) 做好皮肤护理，预防感染及下肢深静脉血栓形成。

(6) 同时还要懂得和识别梗死的先兆症状，有危急征兆时立即就诊。

心绞痛与急性心肌梗死的鉴别如表 1-2 所示。

表 1-2 心绞痛与急性心肌梗死的鉴别

鉴别诊断项目		心绞痛	急性心肌梗死
疼痛	1. 部位	胸骨上、中断之后或上腹部	相同。但可在较低位置
	2. 性质	压榨性或窒息性	相似。但更剧烈
	3. 诱因	劳力、激动、受寒、饱食等	不常有
	4. 时限	短，1~5 分钟或 15 分钟以上	长，数小时、数天、数周
	5. 频率	频繁发作	不频繁

续表

鉴别诊断项目		心绞痛	急性心肌梗死
疼痛	6. 硝酸甘油疗效	显著缓解	作用较差
气喘或肺水肿		极少	常有
血压		升高或无显著改变	常降低, 甚至休克
心包摩擦音		无	可有
坏死物质吸收的表现	1. 发热	无	常有
	2. 白细胞增加	无	常有
	3. 血沉增快	无	常有
	4. 血清心肌酸增高	无	有
心电图变化		可变化或暂时 ST 段下移和 T 波低平、倒置	有特征性和动态性变化: T 波高耸 ST 段弓背向上抬高, 病理性 Q 波



### 高考链接

【例 1】(2006 年高考题) 急性心肌梗死典型胸痛特点是 ( )。

- A. 短于 15 分钟的胸前区疼痛      B. 超过 30 分钟的胸前区压榨样疼痛  
C. 持续胸前区疼痛伴胸骨压痛      D. 持续胸前区疼痛伴呼吸时加重

【分析】短于 15 分钟的胸前区疼痛多考虑心绞痛, 心肌梗死出现持续胸前区压榨样疼痛不伴胸骨压痛。

【答案】B

【例 2】(2007 年高考题) 不符合急性心肌梗死特征性心电图改变的是 ( )。

- A. 宽而深的 Q 波      B. T 波倒置  
C. ST 段抬高呈弓背向下型      D. ST 段抬高呈弓背向上型

【分析】心肌梗死 ST 段抬高呈弓背向上抬高型。

【答案】C

【例 3】(2009 年高考题) 典型心绞痛的特点是 ( )。

- A. 心尖部持续剧烈疼痛      B. 心前区针刺样疼痛  
C. 胸骨后短暂压榨样疼痛      D. 上腹部疼痛伴压痛

【分析】典型稳定型心绞痛以发作性胸痛为特点, 胸痛常为压迫、发闷或紧缩性, 也可有烧灼感, 但不尖锐, 不像针刺或刀割样痛; 时间不超过 15 分钟, 如超过, 高度怀疑心肌梗死。

【答案】C

【例 4】(2010 年高考题) 急性心肌梗死患者的护理措施中不正确的是 ( )。

- A. 卧床休息      B. 进行心理疏导  
C. 监测生命体征      D. 鼓励患者多进食

【分析】给予低热饮食, 少食多餐, 勿饱餐 (以免加重心肌缺血)。

【答案】D

【例 5】(2010 年高考题) 心绞痛发作时首要的护理措施是 ( )。

- A. 立即给予高流量吸氧      B. 尽快建立静脉通道

C. 马上进行通便治疗

D. 停止正在进行的活动

【分析】心绞痛发作时，休息或舌下含服硝酸甘油后几分钟内缓解。

【答案】D

【例 6】(2010 年高考题)( ) 不是心源性休克的表现。

A. 脉率快

B. 脉细弱

C. 脉压小

D. 脉短绌

【分析】脉短绌是心律失常的表现，不是休克的表现。

【答案】D

【例 7】(2011 年高考题) 急性心肌梗死患者发生的心律失常中，最常见的是( )。

A. 房性期前收缩

B. 心房纤颤

C. 房室传导阻滞

D. 室性期前收缩

【分析】起病后 1~2 周内，以 24 小时内室性心律失常最多见。

【答案】D

【例 8】(2011 年高考题) 典型心绞痛发作特点不包括( )。

A. 有明显诱因

B. 疼痛一般持续 3~5 分钟

C. 疼痛位于胸骨体中、上段后方

D. 舌下含服硝酸甘油 30 分钟后缓解

【分析】典型心绞痛的疼痛缓解方式是休息或舌下含服硝酸甘油后 2~3 分钟内缓解。

【答案】D

【例 9】(2011 年高考题) 急性心肌梗死后 24 小时内应避免使用( )。

A. 哌替啶

B. 吗啡

C. 呋塞米

D. 洋地黄

【分析】急性心肌梗死所致心衰主要是坏死心肌间质充血、水肿所致心肌顺应性下降的原因，此时使用洋地黄可能引起室性心律失常。

【答案】D

【例 10】(2012 年高考题) 急性心肌梗死最常见的致死原因是( )。

A. 心源性休克

B. 心律失常

C. 心力衰竭

D. 心脏破裂

【分析】部分心肌梗死患者可出现室性心动过速或心室颤动而猝死。

【答案】B

【例 11】(2012 年高考题) 患者，男性，62 岁。4 小时前突感压榨样胸痛，头晕，心慌，立刻来医院就诊。查体：心率 90 次/分，血压 90/70mmHg。心脏听诊无明显杂音。此时最有价值的检查项目是( )。

A. B 超检查

B. CT 检查

C. X 射线胸部摄片

D. 心电图检查

【分析】根据该病人的临床表现，最可能的临床诊断是心肌梗死，此时 X 线检查是无异常发现，心电图的特异性动态改变是确诊的首选检查。

【答案】D

【例 12】(2013 年高考题) 心绞痛最主要的原因是( )。

A. 二尖瓣狭窄

B. 主动脉瓣关闭不全

C. 心律不齐

D. 冠状动脉管腔狭窄和痉挛

【分析】心绞痛是冠状动脉管腔狭窄和痉挛引起的冠状动脉供血不足, 心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。

【答案】D

【例 13】(2014 年高考题) 急性心肌梗死损伤区心电图特征性表现是 ( )。

A. 宽而深的 Q 波

B. S-T 段抬高呈弓背向上

C. T 波倒置

D. S-T 段压低

【分析】在面向坏死区周围心肌损伤区的导联上出现 ST 段抬高呈弓背向上型, 在面向透壁心肌坏死区的导联上出现宽而深的 Q 波 (病理性 Q 波); 在面向损伤区周围心肌缺血区的导联上出现 T 波倒置。

【答案】B

【例 14】(2014 年高考题) 急性心肌梗死时, 心肌坏死标记物最先升高的是 ( )。

A. 肌酸激酶

B. 肌红蛋白

C. 肌钙蛋白

D. 乳酸脱氢酶

【分析】肌酸激酶 6~10 小时开始升高, 肌红蛋白 2 小时内升高, 肌钙蛋白起病 3~4 小时开始上升, 乳酸脱氢酶 8~10 小时开始上升。

【答案】B

【例 15】(2015 年高考题) 心绞痛最基本的病因是 ( )。

A. 冠状动脉粥样硬化

B. 高血压

C. 吸烟

D. 感染

【分析】冠状动脉粥样硬化是冠心病的最基本的病因。

【答案】A

【例 16】(2014 年高考题) 患者, 男性, 65 岁。突发胸痛 5 分钟, 急查心电图示: 心肌缺血。诊断为心绞痛。请回答典型心绞痛发作时的临床表现。

【答案】典型稳定型心绞痛以发作性胸痛为特点, 胸痛具有以下特点。

(1) 部位: 主要在胸骨体上段或中段之后, 范围约手掌大小, 界限不清, 常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指, 或至颈、咽和下颌部。

(2) 性质: 胸痛常为压迫、发闷或紧缩性, 也可有烧灼感, 但不尖锐, 不像针刺或刀割样痛, 偶伴濒死的恐惧感, 发作时病人常不自觉地停止原来的活动 (强迫停立位), 直至症状缓解。

(3) 诱因: 常由体力劳动、情绪激动、饱食、寒冷、吸烟及心动过速等诱发。疼痛多发生于劳力或激动的当时, 而不是在劳累之后。

(4) 持续时间: 疼痛出现后常逐步加重, 然后在 3~5 分钟内逐渐消失, 很少超过 15 分钟, 可数日或数周发作 1 次, 或一日内发作多次。

(5) 缓解方式: 休息或舌下含服硝酸甘油后 1~2 分钟内缓解。

【例 17】(2005 年高考题) 简答题: 急性心肌梗死病人的护理诊断 (名称、相关因素)。

【答案】

(1) 急性疼痛: 胸痛, 与心肌缺血坏死有关。

(2) 活动无耐力: 与心肌氧的供需失调有关。

(3) 恐惧: 与剧烈胸痛伴濒死感有关。

(4) 有便秘的危险: 与进食少、活动少、不习惯床上排便有关。

(5) 潜在并发症: 心律失常、心力衰竭和心源性休克。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 典型心绞痛的特点是 ( )。
  - A. 心尖部持续剧烈疼痛
  - B. 心前区针刺样疼痛
  - C. 胸骨后短暂压榨样疼痛
  - D. 上腹部疼痛伴压痛
2. 心绞痛发作时首要的护理措施是 ( )。
  - A. 立即描记心电图
  - B. 观察疼痛性质
  - C. 给予吸氧
  - D. 让病人坐下或卧床休息
3. 扩张冠状动脉的护理措施主要是 ( )。
  - A. 吸氧
  - B. 站立不动
  - C. 病人平卧
  - D. 舌下含化硝酸甘油 0.3mg
4. 急性心肌梗死发生后 24 小时内应尽量避免应用 ( )。
  - A. 洋地黄
  - B. 普萘洛尔
  - C. 吗啡
  - D. 尿激酶
5. 某急性心肌梗死的病人,入院 2 小时病情恶化死亡,最可能的死亡原因是 ( )。
  - A. 心源性休克
  - B. 心律失常
  - C. 急性右心衰竭
  - D. 感染
6. 某心绞痛病人,在搬东西时突然感到心前区闷痛,立即含服硝酸甘油 0.6mg,2 分钟后出现头晕、心悸,应马上 ( )。
  - A. 吸氧
  - B. 病人平卧
  - C. 肌注哌替啶
  - D. 站立不动
7. 急性心肌梗死病人心律失常易发生在起病后的 ( )。
  - A. 1~2 日内
  - B. 3~4 日内
  - C. 5~6 日内
  - D. 1~2 周内
8. 任先生,56 岁,午餐后不久感胸闷、大汗,心前区压榨样疼痛,紧急就诊,拟诊断为“急性心肌梗死”。护士给病人实施的护理措施不妥的是 ( )。
  - A. 立即通知医生
  - B. 嘱病人尽量多饮水补充水分
  - C. 吸氧
  - D. 限制探视
9. 心绞痛发作特点不包括 ( )。
  - A. 有明显的诱发因素
  - B. 疼痛位于胸骨后
  - C. 疼痛呈压榨性、紧缩感
  - D. 舌下含化硝酸甘油 30 分钟缓解
10. 李先生,50 岁,因心前区压榨样痛 5 小时不缓解,伴冷汗、恐惧,有精神紧张和濒死感,速来院急诊。当考虑为急性心肌梗死时,护士必须迅速采取的措施不包括 ( )。
  - A. 马上给予吸氧
  - B. 准备好急救药品
  - C. 立即肌注哌替啶
  - D. 立即溶栓治疗
11. 急性心肌梗死病人护理措施不妥的是 ( )。
  - A. 静脉输液速度宜慢
  - B. 饮食要少量多餐
  - C. 急性期 12 小时内卧床休息,谢绝探视
  - D. 如有便秘给硫酸镁导泻
12. 高先生,42 岁。常感到心前区闷痛,持续 3~5 分钟,休息时好转,对病人做健康指导时不妥的是 ( )。
  - A. 避免情绪激动
  - B. 避免饮食过饱
  - C. 不要过劳
  - D. 限制活动



13. 急性心肌梗死起病后 24 小时内死亡的主要原因是 ( )。
- A. 心力衰竭      B. 肺部感染      C. 急性肺水肿      D. 心律失常
14. 导致心绞痛最主要的病因是 ( )。
- A. 冠状动脉粥样硬化      B. 主动脉狭窄  
C. 主动脉关闭不全      D. 原发性肥厚型心肌病
15. 心绞痛发作时的首要处理是 ( )。
- A. 舌下含化硝酸甘油  
B. 饮糖水少许  
C. 口服止痛剂  
D. 立即让病人就地停止活动, 安静坐下或半卧位
16. 心绞痛与急性心肌梗死的心电图主要区别是 ( )。
- A. ST 段抬高      B. ST 段压低  
C. T 波倒置、T 波低平      D. 出现异常深而宽的 Q 波
17. 心绞痛发作时的典型心电图表现是 ( )。
- A. ST 段弓背抬高      B. ST 段压低, T 波低平或倒置  
C. T 波高尖      D. 出现宽大畸形的病理性 Q 波
18. 终止心绞痛发作最有效的药物是 ( )。
- A. 硝苯地平      B. 普萘洛尔      C. 阿司匹林      D. 硝酸甘油
19. 急性心肌梗死 24 小时内禁用 ( )。
- A.  $\beta$  受体阻滞剂      B. 钙离子拮抗剂      C. 硝酸酯制剂      D. 洋地黄制剂
20. 应用硝酸甘油缓解心绞痛, 正确的护理是 ( )。
- A. 药物用温开水送服      B. 药物置口中, 立即咽下  
C. 含药时宜平卧以防低血压      D. 舌下含化, 药物被唾液溶解使吸收减少
21. 关于心绞痛发作时的处理方法, 不妥的是 ( )。
- A. 立即就地休息  
B. 立即舌下含服硝酸甘油  
C. 最多含服 3 次硝酸甘油  
D. 连续含服硝酸甘油后胸痛不缓解, 应立即要救护车送医院救治
22. 心绞痛的错误护理是 ( )。
- A. 发作时就地休息      B. 注意保暖, 室温不宜过低  
C. 高热量、高糖饮食      D. 少食多餐, 不宜过饱
23. 鼓励急性心肌梗死病人, 自第 2 周开始在床上作四肢轻微活动是为了 ( )。
- A. 避免肌肉萎缩、促进心功能恢复      B. 增加消化功能  
C. 预防压疮      D. 防止血栓形成
24. 急性心肌梗死患者病后第一周护理, 错误的是 ( )。
- A. 日常生活均由护理人员帮助照料      B. 半量清淡流质或半流质饮食  
C. 限制亲友探望      D. 鼓励病人多做活动, 勤翻身
25. 下列对心绞痛患者的用药指导, 不妥的是 ( )。
- A. 每年更换一次药物

- B. 运动和情绪激动前含服硝酸甘油, 预防心绞痛发作  
C. 随身携带硝酸甘油片  
D. 硝酸甘油应避光保存, 放置在固定地点
26. 典型心绞痛的发作性胸痛持续时间一般为 ( )。  
A. 1~3 分钟      B. 3~5 分钟      C. 5~10 分钟      D. 10~15 分钟以上
27. 心绞痛发作的典型部位在 ( )。  
A. 心尖部      B. 心前区      C. 剑突附近      D. 胸骨体中上段之后部
28. 最易导致急性心肌梗死病人突然发生意外的情况是 ( )。  
A. 饮食过饱      B. 便秘      C. 呼吸道感染      D. 情绪激动
29. 急性心肌梗死患者心电图的特征性表现是 ( )。  
A. 深而宽的 Q 波      B. S-T 段降低      C. T 波高耸      D. S-T 段抬高
30. 动脉粥样硬化不可控制的病因是 ( )。  
A. 年龄      B. 血脂异常      C. 糖尿病  
D. 高血压      E. 肥胖
31. 急性心肌梗死时, 血清酶升高最早、恢复最快的是 ( )。  
A. 肌酸激酶同工酶      B. 天门冬氨酸氨基转移酶  
C. 谷草转氨酶      D. 乳酸脱氢酶
32. 急性心肌梗死患者 12 小时内 ( )。  
A. 可在床上活动      B. 可入厕所进行大小便  
C. 可坐起在床边活动      D. 绝对卧床, 限制活动
33. 适合心绞痛病人的饮食是 ( )。  
A. 高热量、高蛋白、高维生素饮食      B. 高热量、高蛋白、低脂肪饮食  
C. 低热量、高蛋白、高维生素饮食      D. 低热量、适量蛋白、低脂肪饮食
34. 男性, 58 岁, 因心前区压榨样疼痛 4 小时余伴冷汗、恐惧来院急诊, 护士采取的措施中不妥的是 ( )。  
A. 监测血压      B. 抽血送检  
C. 拍 X 胸片      D. 简单护理体检、心电监护
35. 男性, 80 岁, 因 4 小时来持续心前区痛, 确诊为急性心肌梗死收入监护室, 监测中发现病人出现心室颤动, 此时责任护士应即刻采取的首要措施是 ( )。  
A. 心内注射利多卡因      B. 非同步电除颤 (电复律)  
C. 高压吸氧      D. 气管插管
36. 急性心肌梗死患者发病 48 小时后, 要求到厕所大便, 你应该 ( )。  
A. 叮嘱家人陪往      B. 肛塞开塞露后, 再允许前往  
C. 先给予缓泻剂, 再允许前往      D. 坚决制止, 指导床上使用便盆
37. 患者, 男性, 68 岁。诊断为急性心肌梗死, 经治疗能缓解疼痛。今晨突然出现烦躁不安, 大汗, 皮肤湿冷, 测血压 80/50mmHg, 心率 110 次/分, 尿量 15mL/时。应考虑为 ( )。  
A. 急性心力衰竭      B. 心律失常      C. 乳头肌断裂      D. 心源性休克
38. 患者, 男性, 59 岁。冠心病, 心绞痛 5 年, 平日胸痛发作时舌下含服硝酸甘油 1 片 2~5 分钟缓解, 近半个月来, 胸痛发作较前频繁, 疼痛不易缓解, 3 小时前发生心前区剧烈疼痛, 服

用硝酸甘油 3 片未缓解,急诊入院,心电图检查发现 ST 段弓背上抬,随后相应导联出现病理性 Q 波,血压 85/55mmHg,心率 108 次/分,心律齐。入监护室观察治疗,经用药后上述疼痛缓解。2 小时后心电图监示血压 70/50mmHg,心率 118 次/分,患者烦躁不安,皮肤湿冷,此时责任护士认为患者病情变化是( )。

- A. 脑出血      B. 室壁瘤破裂      C. 心源性休克      D. 心律失常

39. 患者,男性,51 岁,工人,近 1 个月劳累时感心前区疼痛,诊断为冠心病、心绞痛。患者吸烟 30 年,每日 30 支,平日饮食不规律,喜饮白酒和浓茶,化验检查发现三酰甘油增高。责任护士向该患者进行健康教育的内容中,不妥的是( )。

- A. 戒烟、限酒,不饮浓茶  
B. 胸痛发作时应立即含服 1 片硝酸甘油  
C. 含服 1 片硝酸甘油后疼痛仍不缓解,半小时后需再服 1 片  
D. 平日随身带硝酸甘油按医嘱服药,定期复查

40. 患者,女性,68 岁。冠心病心绞痛 5 年,突发心前区疼痛伴大汗淋漓 3 小时入院,入院后诊断为急性心肌梗死,该患者目前最主要的护理问题是( )。

- A. 生活自理能力缺陷      B. 恐惧  
C. 有皮肤完整性受损的危险      D. 疼痛

41. 患者男性,64 岁。突感心前区憋闷,有严重窒息感,伴恶心、呕吐及出冷汗,休息及含服硝酸甘油不能缓解,最可能是( )。

- A. 急性胰腺炎      B. 急性心肌梗死  
C. 急性胃炎      D. 急性胆囊炎

42. 患者男性,60 岁,持续胸前区疼痛 2 小时入院,心电图检查示 I、II、aVF 导联 ST 段抬高,为证实是否患有心肌梗死,抽血化验,下列指标特异性最高的是( )。

- A. 血脂      B. 血沉      C. 血白细胞      D. 血肌酸激酶

43. 患者女性,70 岁。因急性心肌梗死住院治疗,心电图监测时发生室性心动过速,心率 172 次/分,血压 120/80mmHg,意识清楚,双肺呼吸音清晰,无湿啰音。首选的治疗药物是( )。

- A. 呋塞米      B. 硝酸甘油      C. 利多卡因      D. 地高辛

44. 患者,男性,56 岁,诊断为急性心肌梗死。本病最早、最突出的症状是( )。

- A. 恶心、呕吐      B. 发热      C. 疼痛      D. 心律失常

45. 患者,男性,60 岁,急性广泛前壁心肌梗死,经治疗疼痛缓解,但患者烦躁不安,血压 80/60mmHg,脉搏 120 次/分,尿量 20mL/时,此时患者的情况属于( )。

- A. 病情好转      B. 心力衰竭      C. 肾衰竭      D. 心源性休克

46. 患者,男性,既往有心绞痛病史 2 年。在体育锻炼时心绞痛再次发作,护士指导患者服用硝酸甘油的方法是( )。

- A. 口服      B. 舌下含化      C. 皮下注射      D. 静脉注射

47. 患者男性,67 岁。突发持续性胸骨后疼痛 6 小时,含服硝酸甘油无效。心电图示急性前壁心肌梗死。室性期前收缩 8 次/分,呈二联律。除立即止痛外应迅速给予( )。

- A. 利多卡因静脉给药      B. 普罗帕酮静脉给药  
C. 普鲁卡因胺口服      D. 美西律口服

48. 患者,男性,60 岁,因做家务时突发心前区疼痛,伴胸闷憋气来院就诊,诊断为急性心肌梗死。收入院治疗。进行心电监护以防突发心律失常。急性心肌梗死患者预示室颤发生的心律

失常是( )。

- A. 心房颤动 B. 室性心动过速  
C. 室上性心动过速 D. 一度房室传导阻滞

49. 一老年男性患者,因急性心肌梗死收入院,第二天突然意识丧失,血压测不清。颈动脉搏动消失。住院心电图监测为心室颤动,此时应采用最有效的治疗是( )。

- A. 人工呼吸 B. 再次进行溶栓治疗  
C. 非同步直流电复律 D. 静注利多卡因

50. 患者男性,60岁因突发心前区疼痛,疼痛难忍,并伴有胸闷憋气,来医院就诊,患者既往有糖尿病史10年、胃溃疡15年。经检查医生诊断为前间壁心肌梗死,特征性心电图变化出现在( )。

- A. V1~V4 导联 B. V1~V3 导联  
C. V3~V5 导联 D. V6、I、aVL 导联

51. 患者男性,62岁。突然出现心前区疼痛伴大汗3小时,急诊就医,心电图示:V1~V5导联出现Q波,且ST段弓背向上抬高,诊断为急性心肌梗死。应用尿激酶治疗,其作用在于( )。

- A. 疏通心肌微循环 B. 增强心肌收缩力  
C. 溶解冠脉内血栓 D. 减轻心脏前负荷

52. 患者男性,60岁,因胸痛就诊,既往有心绞痛10年。鉴别急性心肌梗死与心绞痛,症状的主要区别是( )。

- A. 疼痛持续时间不同 B. 疼痛表现不同  
C. 疼痛部位不同、性质不同 D. 引起诱因不同

53. 患者男性,50岁因突发急性心肌梗死而住院治疗,住院病情不稳定,20小时后死亡,其主要死亡原因可能是( )。

- A. 心律失常 B. 心室壁瘤 C. 心力衰竭 D. 心源性休克

54. 女性,62岁,退休工程师。因心前区压榨样疼痛3小时,伴冷汗,恐惧,来院急诊。该病人最重要的检查是( )。

- A. 心电图检查 B. B超 C. 血液常规检查 D. 尿常规检查

55. 患者,男性,69岁。因急性心肌梗死入院。夜间突发心悸、呼吸困难、不能平卧,咳粉红色泡沫痰。体检:呼吸28次/分,血压90/60mmHg,神志清楚,口唇发绀,心率130次/分,两肺布满湿啰音。该患者最可能发生的情况是( )。

- A. 急性肺水肿 B. 心源性休克 C. 心脏破裂 D. 梗死面积扩大

56. 第55题中该患者目前最主要的护理问题是( )。

- A. 焦虑 B. 知识缺乏 C. 体液过多 D. 气体交换受损

57. 第55题中护士应给予患者的吸氧方式是( )。

- A. 持续低流量给氧 B. 高流量酒精湿化给氧  
C. 高流量给氧 D. 间断低流量给氧

58. 患者,男性,68岁,午餐进食鲜肉水饺约半斤,不久即感上腹不适,恶心呕吐,胸闷,大汗,心前区压迫样疼痛,来院急诊。急性心肌梗死临床表现不包括( )。

- A. 舌下含化硝酸甘油后疼痛立即消失 B. 血压80/50mmHg  
C. 面色苍白,烦躁不安 D. 心律失常

59. 对急性心肌梗死患者, 急诊护士所采取的护理措施错误的是 ( )。
- A. 立即通知医师、心电监护                      B. 安置患者静心休息
- C. 及时更换汗湿衣服                                D. 氧气吸入
60. 针对急性心肌梗死患者的护理措施, 错误的是 ( )。
- A. 饮食少量多餐                                      B. 尽量避免搬动、第 1 周内限制探视
- C. 如有便秘立即灌肠                                D. 静脉输液速度宜慢

## 二、视图题

1. 观察图 1-6 回答问题。

- (1) 说出 A、B、C 分别代表急性心肌梗死的病变区域的名称。
- (2) 说出 A、B、C 分别代表急性心肌梗死的病变区域的心电图特点。
2. 观察图 1-7 心电图的特点, 回答以下问题。
- (1) 病人心电图有哪些特点?
- (2) 患者的主要护理诊断有哪些?
- (3) 第一个 24 小时怎样护理?

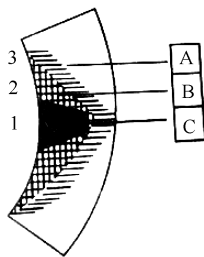


图 1-6 第 1 题图

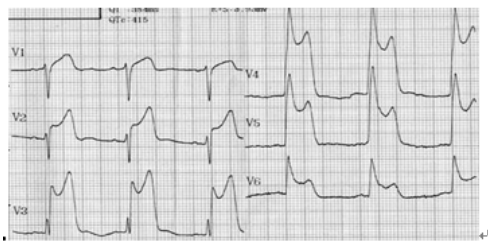


图 1-7 第 2 题图

## 三、简答题

1. 如何安排急性心肌梗死病人休息和活动?
2. 简述典型心绞痛的临床表现。
3. 叙述对急性心肌梗死病人的监护内容。
4. 简述冠心病的临床分型。
5. 冠状动脉粥样硬化的危险因素有哪些?
6. 溶栓成功的标志有哪些?
7. 溶栓的禁忌症有哪些?

## 四、综合分析题

1. (2004 年高考题) 赵女士, 56 岁, 患冠心病 5 年, 近半年经常发作心绞痛, 于 1 小时前因过度劳累突感心前区剧烈疼痛, 大汗淋漓, 面部苍白, 有濒死感。急送入院。查体: 脉搏 88 次/分, 呼吸 22 次/分, 血压 90/64mmHg, 神志清, 双肺呼吸音清, 心律规则, 心尖区第一心音减弱, 腹部检查未见异常。

请回答:

- (1) 此病人目前仍是心绞痛发作, 还是出现了新的情况?
- (2) 还需要做哪些实验及其他检查以便确诊?
- (3) 当前应如何安排病人的休息、饮食、吸氧?

2. 患者男, 45 岁, 身高 170cm, 体重 90kg, 反复发作胸痛 2 年余, 发作时为左乳头下持续 1~2 小时的隐痛, 无明显诱因, 活动时减轻, 休息时加重, 用硝酸甘油无效。患者嗜烟, 吸烟 20 年, 每日 30 支, 平日饮食不规律, 喜饮白酒和浓茶, 化验检查发现三酰甘油增高、血糖增高。

(1) 病人胸痛, 最大可能的临床诊断是什么?

(2) 需做哪些检查?

(3) 如何干预患者的生活方式?

## 第四节 心律失常病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握心律失常病人的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解心律失常的概念、发病机制、主要护理诊断。
3. 了解心律失常病人的治疗要点及健康教育。



### 知识梳理

#### 一、概念及分类

##### (一) 概念

心律失常是指心脏冲动起源、频率、节律、传导速度或激动顺序的异常。正常心律起源于窦房结, 节律规则, 成人心率 60~100 次/分。

##### (二) 分类

心律失常按病理生理分类。

##### 1. 冲动起源异常

(1) 窦性心律失常: 窦性心动过速、窦性心动过缓、窦性心律不齐。病态窦房结综合征常有持续而显著的窦性心动过缓、窦性停搏、窦房传导阻滞、心动过缓-心动过速综合征。

(2) 异位心律: 包括被动性异位心律(逸搏及逸搏心律)与主动性异位心律(期前收缩)。以**主动性异位心律**多见。临床常见过早搏动(房性、房室交界性、室性)、阵发性心动过速(室上性、室性)、心房扑动与颤动、心室扑动与颤动。

##### 2. 冲动传导异常

(1) 生理性传导障碍: 干扰与脱节。

(2) 病理性传导障碍: 窦房传导阻滞、心房内传导阻滞、房室传导阻滞、室内传导阻滞。

(3) 房室间传导途径异常: 预激综合征。

临床上以房室传导阻滞多见。

#### 二、病因及发病机制

##### (一) 病因

引起心律失常的原因分生理性因素和病理性因素有两大类。

(1) 生理性因素：健康人在紧张、疲劳、情绪激动、饱餐、体位变化、吸烟、饮酒或咖啡等情况下可发生心律失常。

(2) 病理性因素：包括各种功能性或器质性心血管疾病（冠心病、心肌病、心肌炎和风心病等）；也可见于内分泌疾病（甲状腺功能亢进症或减退症、垂体功能减退症、嗜铬细胞瘤等）；电解质紊乱（低血钾、高血钾、低血镁等）；药物影响（洋地黄类、抗心律失常药物等）；麻醉、心脏手术或心导管检查等。

引发心律失常**最常见的病因是各种器质性心脏病**。缺血性心脏病、充血性心力衰竭、心源性休克较易引起严重的心律失常。

## (二) 发病机制

心律失常有多种不同发生机制，如折返、自律性改变、触发激动（后除极引起）等。

## 三、健康评估

### (一) 健康史

询问病人**有无心脏病史**：冠心病、风湿性心脏病、高血压、心肌病、心肌炎、心脏瓣膜病、先天性心脏病等；有无自主神经功能紊乱（情绪激动），贫血，内分泌代谢失常（甲亢、嗜铬细胞瘤），水、电解质、酸碱平衡紊乱等；是否服用过洋地黄、肾上腺素、阿霉素等药物。有无吸烟、饮酒、喝浓茶或咖啡等诱发因素。

### (二) 护理评估

相当一部分病人可根据病史和体征对心律失常的性质做出初步诊断。注意发作时的心率、节律（规则与否、有无漏搏感等），发作起止与持续时间，发作时有无低血压、昏厥、抽搐、心绞痛或心力衰竭等表现，以及既往发作的诱因、频率和治疗经过，有助于判断心律失常的性质。发作时体检应着重于判断心律失常的性质及心律失常对血流动力状态的影响。心律失常的表现决定于心律失常的类型、心室率的快慢、发作时间的长短及对血流动力学的影响，也和引发心律失常的基础疾病的严重程度有关。

#### 1. 症状

根据心律失常发生的部位不同表现不同。

(1) **心慌、心悸**：病人是否诉“心脏跳得很快”、“心慌”或伴“心脏有停跳感”。（最常见的心律失常有窦性心动过速、室上性阵发性心动过速和期前收缩）。

(2) 头晕、乏力、抽搐、晕厥：由于心排血量急剧减少引起组织缺血、缺氧所致（见于缓慢型心律失常，如窦性心动过缓，第二度Ⅱ型或第三度房室传导阻滞、窦性停搏、窦房阻滞）。

(3) 胸闷、心绞痛：由于冠状动脉供血减少所致。见于心室率太快或太慢，使心脏射血减少，冠状动脉血液灌注不足而发生心肌的缺血、缺氧。严重者出现意识丧失、抽搐、呼吸停止甚至死亡等症状（见于重度房室传导阻滞、室性心动过速、心室扑动、心室颤动等）。询问病人症状发作的诱因及持续时间。

#### 2. 体征

重点是评估脉搏的频率、节律及、心率、心律和心音的变化。

(1) 窦性心动过缓：心率低于 60 次/分，窦性心动过速心率高于 100 次/分。

(2) 期前收缩时：心律不规则。

(3) 室上性阵发性心动过速：心律规则，第一心音强弱一致。颈动脉窦按摩对快速性心律失

常的影响有助于鉴别诊断某些快速心律失常的性质。每次按摩一侧颈动脉窦，一次按摩持续时间不超过 5 秒，可使心房扑动的室率成倍下降，还可使室上性心动过速立即转为窦性心律。

(4) 心房颤动时，第一心音强弱不等，心室律绝对不规则，脉搏短绌。

(5) 一度房室传导阻滞：第一心音减弱；二度房室传导阻滞：有心搏脱漏，I 型第一心音逐渐减弱，II 型者强弱恒定；三度房室传导阻滞：心率慢而规则，第一心音强弱不等，间或听到响亮而清脆的第一心音（大炮音）。大炮音的出现，提示房室分离，伴颈静脉搏动间断不规则增强，多见于完全性房室传导阻滞或室性心动过速。

(6) 心室颤动时，脉搏摸不到，心音消失。血压测不到。

(7) 慢而不规则者多见于心房颤动（洋地黄治疗后）。听诊心音了解心室搏动率的快、慢和规则与否，结合颈静脉搏动所反映的心房活动情况，有助于做出心律失常的初步鉴别诊断。

### 3. 心理社会评估

心律失常发作时，出现心悸、胸闷、乏力不适，出现焦虑、烦躁等不良情绪，部分病人因过分紧张或情绪激动出现期前收缩等心律失常，出现心律失常后精神更加紧张，从而形成恶性循环，引发更严重的心律失常。严重者有濒死感，产生恐惧。

### (三) 辅助检查

(1) 心电图——诊断心律失常最重要的一项无创检查。心律失常发作时的心电图记录是确诊心律失常的重要依据。通过心电图特点可判断心律失常的性质和来源，评价心律失常的治疗效果和药物的副作用。运动试验可在心律失常发作间歇诱发心律失常，因而有助于间歇发作心律失常的诊断。

正常心电图——窦性心律：窦性 P 波（起搏点位于窦房结），P 波频率在每分钟 60~100 次，在 I、II、aVF 导联直立，aVR 导联倒置；P-R 间期 0.12~0.20 秒，P-R 间期之差 < 0.12s QRS 波均正常，如图 1-8 所示。

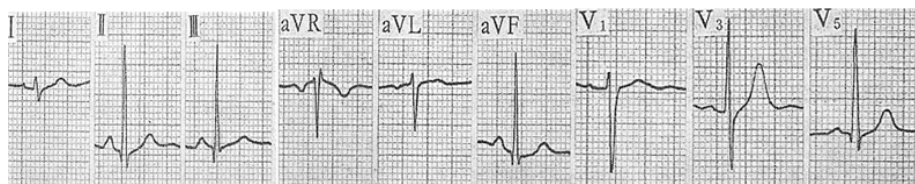


图 1-8 正常心电图——窦性心律

(2) 动态心电图：24 小时连续心电图记录可能记录到心律失常的发作、自主神经对自发心律失常的影响、症状与心律失常的关系，并评估治疗效果。

(3) 有创性电生理检查：食管心电图除能确诊心律失常的性质外，还能在发作期间应用程序电刺激方法判断窦房结和房室传导系统功能，诱发室上性和室性快速型心律失常，确定心律失常起源部位，评价药物与非药物治疗效果，以及为手术、起搏或消融治疗提供必要的信息。

(4) 信号平均心电图：可在体表记录到标志心室肌传导延缓所致局部心肌延迟除极的心室晚电位，有助于判别发生室性心动过速、心室颤动和猝死的危险性。

(5) 其他检查超声心动图、放射性核素显影、心血管造影等无创和有创性检查有助于确诊或排除器质性心脏病。

### (四) 常见的心律失常

#### 1. 窦性心动过速

(1) 概念：窦性心律频率 > 100 次/分为窦性心动过速。



(2) 临床表现：当心率过快时，患者可出现心悸、气短等症状。心尖搏动有力，心音增强，心率 101 ~ 160 次/分，心律整齐。

(3) 心电图表现：窦性心律，P-P 间期 < 0.60 秒，如图 1-9 所示。



图 1-9 窦性心动过速

## 2. 窦性心动过缓

(1) 概念：成人窦性心律的频率低于 60 次/分，称为窦性心动过缓。

(2) 身体状况：心率 < 50 次/分时可表现头晕、乏力、胸闷等症状，严重时可能出现晕厥，冠心病患者可出现心绞痛。这多见于器质性心脏病。

(3) 心电图表现：窦性心律，P-P 间期 > 1.0 秒，常伴窦性心律不齐，即最长与最短的 P-P 间期差 > 0.12 秒，如图 1-10 所示。



图 1-10 窦性心动过缓

## 3. 期前收缩

### 1) 概念

期前收缩时窦房结以外的异位起搏点提前发生冲动，引起心脏提早收缩，包括房性、房室交界性、室性期前收缩，其中以室性期前收缩最常见。

### 2) 身体状况

期前收缩可无症状，也可有心悸或心跳漏搏感。频发期前收缩患者，可有胸闷、头晕、乏力，可诱发原有冠心病或心力衰竭加重。心脏听诊时，期前收缩的第一心音提前并增强，第二心音减弱或消失，其后有一较长间歇，心律不规则。触诊桡动脉搏动减弱或消失，形成脉搏短绌。

### 3) 心电图特点

#### (1) 房性期前收缩 (图 1-11)。

提前出现的房性异位 P' 波，形态与同导联窦性 P 波有所不同。

P' - R 间期 > 0.12 秒。

P' 波后的 QRS 波群的形态多正常，有 3 种可能：与窦性心律的 QRS 波群相同、宽大畸形的 QRS 波群或提前出现的 P' 波后无 QRS 波群，后者称为未下传的房性期前收缩。

多为不完全性代偿间歇 (即期前收缩前后窦性 P 波之间的时限常短于 2 个窦性 P-P 间期)。



图 1-11 房性期前收缩

## (2) 房室交界区性期前收缩 (图 1-12)

提前出现的 QRS 波群, 其形态与同导联窦性心律 QRS 波群基本相同。

逆行 P' 波。

多为完全性代偿间期 (即期前收缩前后窦性 P 波之间的时限等于 2 个窦性 P-P 间期)。

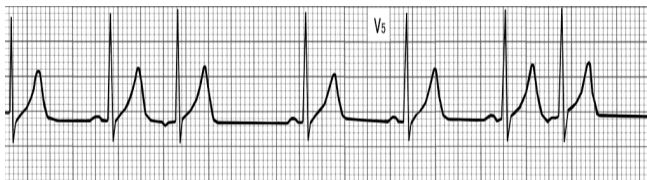


图 1-12 房室交界区性期前收缩

## (3) 室性期前收缩 (图 1-13)

提前出现的 QRS 波群宽大畸形, 时限 > 0.12 秒。

QRS 波群前无相关的 P 波。

T 波方向与 QRS 波群主波方向相反。

多为完全性代偿间歇。



图 1-13 室性期前收缩

## 4. 阵发性心动过速

### 1) 概念

阵发性心动过速是一种以突然发作、突然终止为特点的快速异位心律失常 (连续 3 个或 3 个以上异位心律)。可分为房性、交界区、室性阵发性心动过速。因前两者心电图难以区分, 临床上统称为阵发性室上性心动过速。

### 2) 健康评估

#### (1) 阵发性室上性心动过速。

身体状况: 突然发作, 持续时间可为数秒、数分钟、数小时或数日, 绝大多数患者常有心悸、不安、心前区不适等症状; 常可出现头晕、乏力甚至晕厥和诱发心脏病患者心绞痛或心功能不全。心率 150 ~ 250 次/分, 心律整齐, 第一心音强而固定不变, 脉搏细速。

心电图表现: 连续 3 个或 3 个以上快速均齐的 QRS 波群, 形态与时限和窦性心律 QRS 波群相似, 如发生室内差异性传导或原有束支传导阻滞时, QRS 波群宽大畸形; 心率 150 ~ 250 次/分, R-R 间期绝对规则; P 波常与 T 波融合, 不易辨认; 可有继发性 ST-T 改变。

#### (2) 阵发性室性心动过速 (图 1-14)

身体状况: 室性心动过速发作期间, 因心房与心室收缩不协调引起心排血量降低, 常有头晕、乏力、呼吸困难、低血压、晕厥等症状。若有器质性心脏血管疾病或心功能不全者, 可发生心衰、急性肺水肿、休克, 甚至死亡。冠心病患者可诱发心绞痛或心肌梗死。心律略不规则, 心率常在 150 ~ 200 次/分, 心尖区第一心音强弱不等。



图 1-14 阵发性室性心动过速

心电图表现：3 个或 3 个以上的室性期前收缩连续出现；QRS 波群宽大畸形，时限  $> 0.12$  秒，ST-T 波方向与 QRS 波群主波方向相反；心室率通常为 150 ~ 200 次/分，R-R 规则或略不规则；P 波与 QRS 波群无固定关系，形成房室分离，P 波的频率慢于 QRS 波群频率；偶可出现心室夺获与室性融合波。

### 5. 心房扑动与颤动

#### 1) 概念

心房扑动是心房呈现频率在 250 ~ 350 次/分的连续、快速而规则激动。心房扑动不稳定可恢复窦性心律失常。常或进展为心房颤动。心房颤动是心房呈现快速而不规则激动，频率在 350 ~ 600 次/分。临床上心房颤动十分常见。

#### 2) 身体状况

心房扑动与心房颤动症状相似，心率不快者无明显症状或仅有心悸、气短、心前区不适及无力，重者可引起晕厥、心绞痛或心力衰竭等。心房扑动心室率规则，听诊时心律齐。心房颤动时心室率 110 ~ 160 次/分，明显低于心房率，听诊时心音强弱不等，心律绝对不齐。脉搏强弱不一，且脉率低于心率，称脉搏短绌。心房颤动时整个心房失去了协调一致收缩，长时间还易形成附壁血栓。

#### 3) 心电图特点

##### (1) 心房扑动 (图 1-15)

窦性 P 波消失，代之以 250 ~ 350 次/分，间隔均匀，形状相似的锯齿状心房扑动波 (F 波)；QRS 波群形态基本正常；F 波与 QRS 波群成某种固定的比例，最常见的比例为 2:1 房室传导，有时比例关系不固定，则引起心室律不规则。

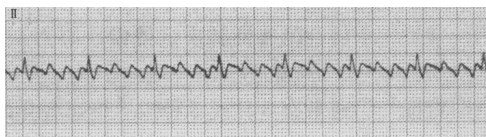


图 1-15 心房扑动

##### (2) 心房颤动 (图 1-16)

窦性 P 波消失，代之以大小不等、形态不一、间期不等的心房颤动波 (F 波)，频率为 350 ~ 600 次/分；R-R 间期绝对不等；QRS 波群形态通常正常。



图 1-16 心房颤动

## 6. 心室扑动和颤动

### 1) 概念

(1) 心室扑动简称室扑，是一种严重的室性异位心律。心室扑动与心率较快的室性心动过速难以区别，心室扑动通常为室颤的前奏。

(2) 心室颤动简称室颤，是指心室发生无序的激动，致使心室规律有序的激动和舒缩功能消失，是致死性心律失常。

### 2) 身体状况

心室颤动是最严重的心律失常，是导致心脏性猝死的最主要原因之一，且具有不可预知性和突发性。心室扑动与心室颤动一旦发生，心音和大动脉搏动消失，血压测不出，意识突然丧失、抽搐，呼吸断续，呈叹息样，随后呼吸停止，瞳孔散大。

### 3) 心电图表现

(1) 心室扑动（图 1-17）。心电图特点：正常 QRS-T 波群消失，代之以连续、快速而相对规则的大正弦波，频率为 200~250 次/分。

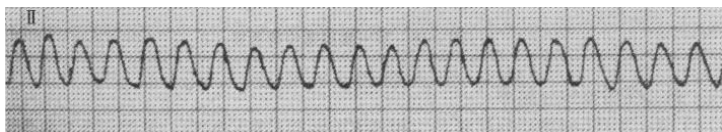


图 1-17 心室扑动

(2) 心室颤动（图 1-18）。心电图特点：正常 QRS-T 波群消失，代之以大小不等、形态各异的颤动波，频率为 250~500 次/分。

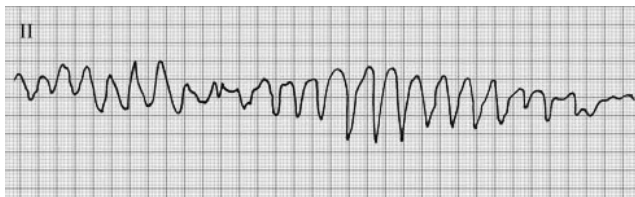


图 1-18 心室颤动

## 7. 房室传导阻滞

### 1) 概念

房室传导阻滞是指心脏的电活动在房室传导过程中受到阻滞，使得心脏不能正常收缩和泵血，称为房室传导阻滞。根据阻滞程度的不同，可分为一度、二度和三度房室传导阻滞。

### 2) 身体状况

(1) 一度房室传导阻滞的患者通常无症状，预后较好，心室率不太慢时不需要治疗。

(2) 二度房室阻滞又分为 I 型（文氏或称莫氏 I 型）和 II 型（莫氏 II 型）。二度 I 型房室传导阻滞的患者可以无症状，如有症状多为心慌或是心搏暂停的感觉。

(3) 三度房室传导阻滞患者可感到头晕、乏力、胸闷、活动时气促等，严重者可发生心源性晕厥或心力衰竭。体检发现心律规则，心率 25~40 次/分，第一心音强弱不等，有时出现“大炮音”。脉压增大，可有水冲脉。

一、二度房室传导阻滞突然进展为第三度房室传导阻滞时，因心室率突然减慢导致脑缺血。

患者可能出现意识丧失、抽搐，严重者可致猝死。

### 3) 心电图改变

(1) 一度房室传导阻滞(图 1-19): P-R 间期延长, 成人  $> 0.20$  秒 (老年人  $> 0.21$  秒); 每个 P 波后均有 QRS 波群。

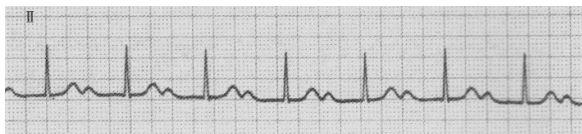


图 1-19 一度房室传导阻滞

### (2) 二度房室传导阻滞。

二度 I 型房室传导阻滞(图 1-20): P-R 间期进行性延长, 相邻的 R-R 间期进行性缩短, 直至 P 波后 QRS 波群脱漏; 心室脱漏造成的长 R-R 间期小于两个 P-P 间期之和。



图 1-20 二度房室传导阻滞 I 型

二度 II 型房室传导阻滞(图 1-21): P-R 间期固定不变 (正常或延长); 数个 P 波之后有 1 个 QRS 波群脱漏, 形成 2:1、3:1、3:2 等不同比例房室传导阻滞; QRS 波群形态一般正常。

如果二度 II 型房室传导阻滞下传比例为 3:1 时, 称为高度房室传导阻滞。



图 1-21 二度房室传导阻滞 II 型

### (3) 三度房室传导阻滞图(1-22)。

P 波与 QRS 波有各自的规律, 互不相关, 心房率快于心室率。

如果阻滞发生在房室交接处, 则 QRS 波正常, 频率为 35~50 次/分。

如果阻滞发生在希氏束分支以下部位, 心室起搏点源于心室内, 则 QRS 波宽大畸形, 频率为 20~35 次/分。

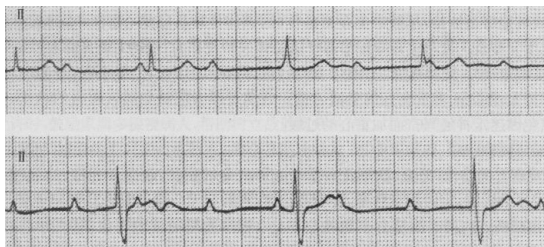


图 1-22 三度房室传导阻滞

### （五）治疗要点

心律失常是否需要治疗和采取何种方法治疗取决于心律失常类型与性质、有无基础心脏病、对血流动力学和预后的影响。功能性心律失常一般不需要特殊治疗，但对性质严重，有基础心脏病、对血流动力学明显影响和预后差的心律失常需积极治疗，包括发作时治疗与预防发作。

#### 1. 病因治疗

**病因治疗是心律失常治疗基础性措施。**积极治疗冠心病、高血压等疾病，手术矫治先天性心脏病和心瓣膜病，纠正电解质失调、药物不良副作用、自主神经功能、内分泌与代谢紊乱等可有利于消除或控制某些心律失常。

#### 2. 药物治疗

几乎所有的抗心律失常药物都有致心律失常的副作用。因而临床上应强调合理使用。抗心律失常药物治疗的原则：首选应注意基础心脏病的治疗，以及病因和诱因的纠正；掌握抗心律失常药物治疗的适应症，并非所有的心律失常均需应用抗心律失常药物，只有直接导致明显的症状或血流动力学障碍或具有引起致命危险的恶性心律失常时，才需要针对心律失常的治疗；熟悉常用抗心律失常药物的作用及副作用，治疗中及时发现其不良反应，包括对心功能的影响，致心律失常作用和对其他脏器与系统的不良作用，及时处理。

目前临床常用的抗心律失常药物很多，临床常用的抗心律失常药物分类是 Vaughan Williams 分类法，按药物抗心律失常作用的电生理效应进行分类，药物被分为四大类。I 类药阻断快速钠通道，有 3 个亚类：IA 类有奎尼丁、普鲁卡因酰胺、丙吡胺等；IB 类有美西律、苯妥英钠和利多卡因；IC 类有氟卡尼、恩卡尼、普罗帕酮及莫雷西嗪。II 类药阻断  $\beta$  肾上腺素能受体，包括美托洛尔、阿替洛尔、比索洛尔等。III 类药阻断钾通道与延长复极，包括胺碘酮和索他洛尔。IV 类药阻断慢钙通道，维拉帕米、地尔硫卓等。

窦性心动过速首选  $\beta$  受体阻滞剂，室性心律失常首选利多卡因，心室率快的心房颤动首选洋地黄控制心率。

#### 3. 非药物治疗

非药物治疗包括机械方法兴奋迷走神经、心脏起搏器、电复律、电除颤、电消融、射频消融和冷冻或激光消融，以及手术治疗。

（1）机械刺激迷走神经的方法：可终止部分阵发性室上性心动过速发作。

令患者深吸气后屏住气，有力做呼气动作。

压迫眼球（高度近视、青光眼患者禁用）。

刺激咽部，引起恶心反射。

按摩颈动脉窦（老年人及有脑血管病者禁用）。

（2）心脏起搏器：多用于治疗缓慢心律失常；亦用于治疗折返性快速心律失常和心室颤动。

（3）直流电复律和电除颤：同步直流电复律适用于心房扑动、心房颤动和室上性心动过速的转复。非直流电除颤则用于心室扑动和心室颤动。其疗效迅速、可靠而且安全，是快速终止上述快速心律失常的主要治疗方法。洋地黄中毒者禁用。

顺口溜熟记：房扑房颤宜电除，药物首选洋地黄。维拉帕米地尔硫，房颤复律效果足，室扑室颤非同步，人工呼吸有帮助。

### 四、护理诊断及合作性问题

（1）活动无耐力：与心律失常致心排血量减少、组织缺血缺氧有关。

(2) 焦虑：与心律不规则、停跳及反复发作，治疗效果不好、对治疗缺乏信心有关。

(3) 有受伤的危险：与心律失常引起的头晕或晕厥有关。

(4) 潜在并发症：心脏骤停。

## 五、护理措施

### (一) 一般护理

(1) 休息与活动：根据病情合理安排。无症状者，鼓励病人正常工作生活，注意劳逸结合；病人心律失常发作引起心悸、胸闷、头晕等症状时应保证病人充足的休息和睡眠，半卧位或其他舒适体位，休息时避免左侧卧位，以防左侧卧位时感觉到心脏搏动而加重不适。**重度房室传导阻滞、阵发性室性心动过速等严重心律失常发作时，绝对卧床休息。**

(2) 选择低脂、易消化、清淡、富营养、富含维生素、纤维素的饮食。保持大便通畅，避免饱餐及摄入刺激性食物（如咖啡、浓茶等）。养成良好的生活习惯。心动过缓者避免屏气用力的动作，以免因迷走神经兴奋而诱发、加重心动过缓。

### (二) 病情观察

连接心电监护仪，连续监测心率、心律变化，做好记录，及早发现危险征兆。及时测量生命体征，测脉搏时间为1分钟，同时听心率。病人出现**频发多源性室性期前收缩、R on T 室性期前收缩、室性心动过速、二度Ⅱ型及三度房室传导阻滞**时，及时通知医生并配合处理。监测电解质变化，尤其是血钾。

### (三) 抢救配合

#### 1. 抢救准备

准备抢救仪器（如除颤器、心电图机、心电监护仪、临时心脏起搏器等）及各种抗心律失常药物和其他抢救药品，做好抢救准备。

#### 2. 电复律的适应症

(1) 心室颤动和心室扑动：应立即使用非同步电击复律，而且应越早越好。

(2) 室性心动过速：**室性心动过速经药物治疗无效或伴有严重血流动力学障碍**及频发阿斯综合征，应**紧急行同步直流电击复律**；但是对于无法识别R波的快速室性心动过速，有时只能进行非同步电击复律治疗。

(3) 心房颤动：是选用同步直流电复律中最常见的一种心律失常。心房颤动行电复律治疗应遵循下述原则：有血流动力学障碍或症状严重，但药物治疗未能有效时需尽快电复律；无明显血流动力学障碍不需紧急电复律，但电复律后可望维持窦律，改善心功能，缓解症状。

心房颤动有下列情况者可考虑电复律：心室率快、药物治疗无效；心房颤动后心力衰竭或心绞痛恶化或不易控制；持续心房颤动病程在1年以内且心房颤动前窦房结功能正常；心脏、左房扩大不明显（心胸比例 $<60\%$ ，左房直径 $<200\text{mm}$ ）时应考虑同步直流电复律，当心室率达250次/分时，常立即给予同步直流电复律。

(4) 心房扑动：**电复律是终止心房扑动的首选方法**，特别是快速心室率引发低血压、心力衰竭或心绞痛的患者，可立即同步电复律。

(5) 阵发性室上性心动过速：绝大多数室上速不需要首选电复律，应根据具体情况首选兴奋迷走神经的方法转复，或选用药物转复方法，也可选用食管调搏治疗。但是，少数顽固性阵发性室上速经上述治疗无效，发作持续时间长，并伴有血流动力学障碍，如血压下降、诱发或加重心

绞痛或心力衰竭，此时无论是窄 QRS 还是宽 QRS 型均应立即行直流电转复治疗。

(6) 异位性心动过速性质不明：(如室上性心动过速伴差异性传导抑或室性心动过速不能明确鉴别时) 导致用药困难且伴有明显血流动力学障碍者。

### 3. 电复律的禁忌症

(1) 心律不齐伴心腔内有附壁血栓或 2 个月内发生栓塞者。

(2) 病态窦房结综合征快慢综合征型或心房颤动伴高度或完全性房室传导阻滞。

(3) 洋地黄中毒、风湿活动或严重低血钾等电解质紊乱所致心律失常。

(4) 持续性心房颤动病史超过 2~5 年，心脏(尤其是左心房)显著增大者或心房颤动的直接病因尚未治愈，如严重的二尖瓣狭窄、甲状腺功能亢进症等。

### (四) 用药护理

应用抗心律失常药物时，密切观察药物的效果及不良反应，防止毒副反应的发生。

### (五) 介入治疗的护理

向病人介绍介入治疗如心导管射频消融术或心脏起搏器安置术的目的及方法，以消除病人的紧张心理，使病人主动配合治疗。并做好介入治疗的相应护理。

### (六) 健康指导

(1) 向病人讲解心律失常的原因(器质性心脏病)及常见诱发因素，如情绪紧张、过度劳累、急性感染、寒冷刺激、不良生活习惯(吸烟、饮浓茶和咖啡)等。

(2) 指导病人劳逸结合，有规律生活。无器质性心脏病者应积极参加体育锻炼。保持情绪稳定，避免精神紧张、激动。改变不良饮食习惯，戒烟、酒，避免浓茶、咖啡、可乐等刺激性食物。保持大便通畅，避免排使用力而加重心律失常。

(3) 说明病人所用药物的名称、剂量、用法、作用及不良反应，嘱病人坚持服药，不得随意增减药物的剂量或种类。

(4) 教会病人及家属测量脉搏的方法、心律失常发作时的应对措施及心肺复苏术，以便于自我监测病情和自救。对安置心脏起搏器的病人，讲解自我监测与家庭护理方法。

(5) 定期复查心电图和随访，发现异常及时就诊。

(6) 安装人工心脏起搏器的患者应随身携带诊断卡和异丙肾上腺素或阿托品药物。



## 高考链接

【例 1】(2006 年高考题) 奇脉见于( )。

A. 心脏压塞      B. 心力衰竭      C. 高血压      D. 心房颤动

【分析】心脏压塞，心舒张功能受限，舒张压升高，脉压差减小，出现奇脉。

【答案】A

【例 2】(2010 年高考题) 三度房室传导阻滞首要的护理措施是( )。

A. 进行健康教育      B. 消除紧张情绪  
C. 绝对卧床休息      D. 保持大便通畅

【分析】三度房室传导阻滞是危险的心律失常，因心室率突然减慢导致脑缺血。患者可能出现意识丧失、抽搐，严重者可致猝死。

【答案】C

【例 3】(2012 年山东高考题) 非同步直流电除颤用于( )的治疗。



A. 心房颤动      B. 心房扑动      C. 心室颤动      D. 室性心动过速

【分析】非同步直流电除颤适用于心室颤动和心室扑动。其疗效迅速、可靠而安全。上述是快速终止快速心律失常主要治疗方法。

【答案】C

【例 4】(2013 年高考题) I 度房室传导阻滞的心电图特点为 ( )。

A. P-R 间期 > 0.20 秒      B. 有 QRS 波群脱漏  
C. P-R 间期逐渐延长      D. P 波与 QRS 波群无关

【分析】I 度房室传导阻滞的心电图仅表现为 P-R 间期 > 0.20 秒, P 波后无 QRS 波群脱漏。

【答案】A

【例 5】(2013 年山东高考题) 心肌炎患者反复出现阿-斯综合征, 心电图示 III 度房室传导阻滞。最恰当的处理是 ( )。

A. 口服心得安      B. 口服心律平  
C. 安装人工心脏起搏器      D. 口服阿托品

【分析】二度 II 型或三度房室阻滞应给予临时性或永久性心脏起搏治疗。

【答案】C

【例 6】(2011 年山东高考题) 患者, 监护如图 1-23 所示。请回答:

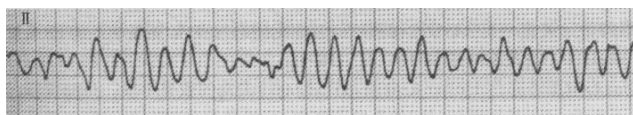


图 1-23 心电图 1

- (1) 该病人意识丧失的原因。
- (2) 该心律失常的心电图特点。
- (3) 应采取的急救措施。

【分析】

- (1) 该心电图示 QRS 波群消失, 代之以完全不规则的颤动波, 提示心室颤动发生。
- (2) 心室颤动时, 心脏无射血, 因此患者出现突然意识丧失, 抽搐, 大小便失禁, 呼吸停止, 心音及大动脉搏动消失, 血压测不到。
- (3) 非同步直流电复律, 行心肺复苏术。

【答案】

- (1) 心室颤动。
- (2) P-QRS-T 波群消失, 代之以形态、振幅与间隔绝对不规则的颤动波 (心室颤动波)。
- (3) 非同步直流电复律, 行心肺复苏术。

【例 7】(2012 年山东高考题) 如图 1-24 所示, 请回答下列问题:

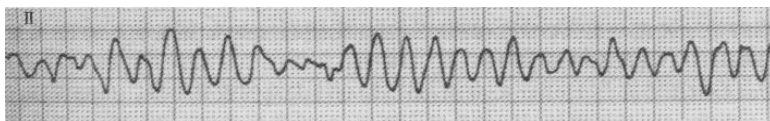


图 1-24 心电图 2

- (1) 该心电图是哪种心律失常？
- (2) 该心律失常的临床特点是什么？
- (3) 病情观察的主要内容是什么？

#### 【分析】

- (1) 该心电图示 QRS 波群消失，代之以完全不规则的颤动波，提示心室颤动发生。
- (2) 心室颤动时，心脏无射血，因此患者出现突然意识丧失，抽搐，大小便失禁，呼吸停止，心音及大动脉搏动消失，血压测不到。
- (3) 对于可能发生心室颤动的患者，应注意观察患者有无心悸及乏力、头晕、食欲减退；监测心率、心律和脉搏；进行心电监护；并备好急救用品和除颤器等设备；如发现心室颤动，及时进行抢救。

#### 【答案】

- (1) 心室颤动 (2 分)。
- (2) 临床表现：突然意识丧失，抽搐，大小便失禁，呼吸停止 (1 分)；心音及大动脉搏动消失，血压降至零，瞳孔散大 (1 分)。
- (3) 病情观察：心悸及乏力、头晕、食欲减退 (1 分)；心率、心律和脉搏 (1 分)；心电监护 (1 分)；备好急救用品和除颤器等设备 (1 分)；及时发现猝死并正确进行抢救 (1 分)。



### 反馈训练

#### 一、选择题

1. 下列心律失常听诊时心律可正常的是 ( )。
  - A. 阵发性室性心动过速
  - B. 心房扑动伴 4:1 房室传导
  - C. 窦性心动过缓
  - D. 阵发性室上性心动过速
2. 致命性心律失常是 ( )。
  - A. 心房颤动
  - B. 室上性心动过速
  - C. 室性心动过速
  - D. 心室颤动
3. 刺激迷走神经可以纠正 ( )。
  - A. 心房扑动
  - B. 阵发性室上性心动过速
  - C. 窦性心律不齐
  - D. 心房颤动
4. 下列不是判断心脏骤停体征的是 ( )。
  - A. 意识丧失
  - B. 颈动脉搏动消失
  - C. 桡动脉搏动消失
  - D. 呼吸停止
5. 室上性心动过速的临床表现不包括 ( )。
  - A. 突然发作，突然中止
  - B. 心率可达 160~220 次/分
  - C. 患者可出现晕厥
  - D. 听诊心律不整，心音强度不一
6. 女性，50 岁，发作性心慌、心悸 4 天。心电图诊断为心房扑动，心房率 300 次/分，心室率 150 次/分，呈 2:1 下传。下列治疗措施最有效的是 ( )。
  - A. 静脉注射胺碘酮 150mg
  - B. 静脉注射维拉帕米 5mg
  - C. 同步直流电复律

- D. 首先给予足量洋地黄, 再行同步直流电复律
7. 第二度型房室传导阻滞的心电图特点是( )。
- A. P-R 间期逐渐延长, 直到 P 波受阻, QRS 波群脱落  
B. P-P 间期逐渐缩短, 直到 P-QRS 波群脱落  
C. P-P 间期显著延长, 长间歇与正常 P-P 成倍数关系  
D. P-P 间期显著延长, 长间歇与正常 P-P 无倍数关系
8. 女性, 62 岁, 心悸、气促 1 天, 脉搏 115 次/分, 听诊心率 150 次/分, 不规则, 心音强弱不等, 心电图: P 波消失, 代之以 450 次/分左右的 F 波, QRS 波群时限为 0.10 秒, R-R 间期绝对不等。该病人的诊断是( )。
- A. 心房扑动  
B. 阵发性室性心动过速  
C. 阵发性房室交界区性心动过速  
D. 心房颤动
9. 女性, 48 岁, 风心病二尖瓣狭窄史 5 年, 心悸、胸闷伴呼吸困难, 不能平卧 2 天, 查体: 血压 95/75mmHg, 口唇发绀, 双肺闻及肺较多中小水泡音。心率 148 次/分, 第一心音强弱不等, 节律绝对不规则, 心尖部舒张期隆隆样杂音, 肝不大, 下肢无水肿, 此时触诊桡动脉搏动最可能有( )。
- A. 奇脉  
B. 交替脉  
C. 短绌脉  
D. 水冲脉
10. 女性, 54 岁, 近一周发作性晕厥 4 次, 给予 24 小时动态心电图监测, 其主要目的是( )。
- A. 明确心律失常发生机制  
B. 明确晕厥是否与心律失常直接联系  
C. 明确晕厥是否与活动有关  
D. 明确是否存在无症状心肌缺血
11. 以下情况不适宜应用电击复律治疗的是( )。
- A. 室性心动过速伴严重血流动力学障碍  
B. 急性心肌梗死合并室性心动过速  
C. 扩张型心肌病合并室性心动过速  
D. 洋地黄中毒患者出现室性心动过速
12. 女性, 16 岁, 诊断病毒性心肌炎, 心电图表现为完全性房室传导阻滞。其心脏听诊较有特征性的改变是( )。
- A. 第一心音分裂  
B. 大炮音  
C. 第三心音奔马律  
D. 第一心音减弱
13. 室速伴严重血流动力学障碍时, 终止发作首选措施是( )。
- A. 利多卡因  
B. 胺碘酮  
C. 慢心律  
D. 电复律
14. 男性, 50 岁, 有冠心病史, 心电图可见 QRS 波群有规律性脱落, 包括脱落 QRS 波群在内的长 R-R 是短 R-R 的 2 倍, P-R 间期固定为 0.18 秒, 该例心电图的诊断是( )。
- A. 窦性心律不齐  
B. 三度房室传导阻滞  
C. 二度窦房传导阻滞  
D. 二度 II 型房室传导阻滞
15. 下列有利于室性心动过速与室上性心动过速的鉴别的是( )。
- A. 心率 160 次/分以上  
B. 心电图 QRS 波宽大畸形  
C. 心电图有心室夺获及室性融合波  
D. 有室性期前收缩发作史
16. 男性, 26 岁, 急性心肌炎病史半年。心电图见 P-R 间期逐渐延长, R-R 间期逐渐缩短, 直至 1 个 QRS 波脱落; 包括脱落 QRS 波群在内的长 R-R 间期小于 2 倍最短 R-R 间期, 如此反复出现, 周而复始。其心电图诊断应为( )。
- A. 二度窦房传导阻滞  
B. 二度 I 型房室传导阻滞

C. 三度房室传导阻滞

D. 窦性静止

17. 男, 48 岁。胸骨后痛 2 小时, 来院检查: BP90/60mmHg, 双肺湿啰音, 心电图检查示: 胸前导联 ST 段普遍抬高, 偶发室早, 在送入病房过程中, 突然抽搐, 经抢救无效死亡, 死亡原因可能为 ( )。

A. 心源性休克

B. 急性左心衰竭

C. 心脏破裂

D. 心室颤动

18. 最易引起心房颤动的疾病是 ( )。

A. 风湿性心脏病二尖瓣狭窄

B. 甲状腺功能亢进性心脏病

C. 高血压性心脏病

D. 冠心病

19. 治疗窦性心动过速的首选药物是 ( )。

A. 洋地黄

B. 普罗帕酮

C. 异搏定

D. 心得安

20. 男性, 30 岁, 阵发性心悸 2 年, 每次突然发生, 持续 30~60 分钟, 查体: 心率 200 次/分, 律齐, ECG: QRS 波形正常, P 波不能明确查见, 诊断为 ( )。

A. 心房颤动

B. 窦性心动过速

C. 心房扑动

D. 阵发性室上性心动

21. 下列表现不符合室性心动过速的是 ( )。

A. 常伴随血流动力学障碍

B. 按压颈动脉窦能终止发作

C. 通常发生于器质性心脏病患者

D. 心电图可见室性融合波

22. 急性心肌梗死出现室性期前收缩首选 ( )。

A. 洋地黄

B. 心得安

C. 利多卡因

D. 奎尼丁

23. 某风湿性心脏病病人, 端坐呼吸, 双肺满布湿啰音, 心率 155 次/分, 第一心音强弱不等, 节律不齐, 给予西地兰 0.4mg 静注, 目的是 ( )。

A. 减慢心率

B. 增加心肌收缩力

C. 纠正心房颤动

D. 减慢心室率

24. 男, 60 岁。突然胸骨后剧痛, 昏厥 3 次, 心率 40 次/分规整, 心电图示 P 波与 QRS 波无关, P 波数目多于 QRS 波群, QRS 时限 0.14 秒, 应采取的措施是 ( )。

A. 阿托品

B. 麻黄碱

C. 异丙基肾上腺素

D. 安置临时人工心脏起搏器

25. 男性, 55 岁, 黑矇 4 年, 伴胸闷乏力, 近 1 年加重, 查体: 心界不大, 心率 45 次/分, 节律不齐, 双肺无啰音, 下肢无浮肿。该患者最佳治疗方案是 ( )。

A. 静点阿托品

B. 静点异丙基肾上腺素

C. 安置人工心脏起搏器

D. 应用麻黄碱

26. 可用刺激迷走神经的方法终止发作的心律失常是 ( )。

A. 频发室性早搏

B. 阵发性室上性心动过速

C. 窦性心动过缓

D. 阵发性室性心动过速

27. 男, 20 岁。既往风湿性心脏病, 近来活动后气促, 胸闷, 查体: 心率 30 次/分, 规律, 第一心音强弱不等, 可闻“大炮音”, 颈动脉搏动强弱不等, 诊断为 ( )。

A. 二度房室传导阻滞

B. 室率慢的心房颤动

C. 三度房室传导阻滞

D. 窦房阻滞

28. 一般诱发心律失常的最常见原因是 ( )。  
A. 情绪激动 B. 烟酒过度 C. 进餐过饱 D. 发热疼痛
29. 下列心律失常中较严重的是 ( )。  
A. 室性心动过速 B. 心室率不整齐  
C. 偶发室性期前收缩 D. 房性期前收缩
30. 在心电图上, 一度房室传导阻滞与其他较严重的传导阻滞间最根本的区别是 ( )。  
A. P-R 间期延长 B. 室上性心动过速  
C. 心率大于 40 次/分 D. QRS 波无脱漏
31. 阵发性室性心动过速最常见于 ( )。  
A. 健康人 B. 风湿性心脏病  
C. 高血压心脏病 D. 急性心肌梗死
32. 心室颤动时脉搏的特点是 ( )。  
A. 消失而摸不到 B. 快而不规则  
C. 慢而不规则 D. 与心律不一致
33. 关于二联律的叙述正确的是 ( )。  
A. 每 2 个正常心搏接 1 个早搏 B. 每 2 个早搏接 1 个正常心搏  
C. 每 1 个正常心搏之后出现 1 个早搏 D. 2 次早搏相连续
34. 符合房性早搏的是 ( )。  
A. 提前出现的 P 波 B. 提前出现的 Q 波  
C. P-R<0.12 秒 D. QRS 波群增宽
35. 室性早搏时一定出现的表现是 ( )。  
A. 提前出现的正常的 QRS 波 B. QRS 波前无 P 波  
C. ST、T 波无变化 D. 无完全性代偿间歇
36. 不是心室颤动的原因是 ( )。  
A. 急性心肌梗死 B. 洋地黄中毒 C. 电击伤 D. 高血压
37. 二度 Ⅱ型房室传导阻滞心电图可见 ( )。  
A. P-R 间期逐渐延长 B. P 波增宽  
C. QRS 宽大畸形 D. ST 上移
38. 治疗快速性室性异位心律的首选药是 ( )。  
A. 利多卡因 B. 洋地黄 C. 奎尼丁 D. 普罗帕酮 (心律平)
39. 不符合室性早搏的叙述是 ( )。  
A. QRS 波提前出现, 宽大畸形  
B. 心肌梗死并发室性早搏宜用利多卡因治疗  
C. 洋地黄中毒所致者宜用苯妥英钠治疗  
D. 频发室性早搏宜用维拉帕米 (异搏定)
40. 关于心房颤动的概念, 不正确的是 ( )。  
A. 多数发生在有器质性心脏病病人  
B. 每分钟脉率 < 心率  
C. 心率多为 350~600 次/分  
D. 持久心房颤动易发生动脉栓塞

41. 不是室上性阵发性心动过速的特点是 ( )。
- A. 突然发作, 突然停止                      B. 心律绝对规则
- C. 心率在 150 ~ 250 次/分                  D. QRS 波时间大于 0.12 秒
42. 室上性阵发性心动过速 P 波绝对不可能有的表现是 ( )。
- A. 不易分辨              B. 与 T 波重叠              C. 无 P 波                      D. 与 QRS 波无关
43. 下列早搏次数可诊断为“频发早搏”的是 ( )。
- A. 3 次/分钟              B. 5 次/分钟以上              C. 8 次/分钟                      D. 10 次/分钟以上
44. 非器质性心脏病一般不会出现 ( )。
- A. 窦性心动过速                                  B. 阵发性室上性心动过速
- C. 阵发性心房颤动                              D. 室早二联律
45. 心电图观察有以下情况必须准备急救处理, ( ) 除外。
- A. 频发室性早搏                                  B. 反复短阵性室速
- C. 持久性心房颤动                              D. 二度房室传导阻滞
46. 预防室性心律失常的最佳方法是 ( )。
- A. 适宜的锻炼                                      B. 保持情绪稳定
- C. 控制器质性心脏病病情                      D. 经常进行健康体检

## 二、视图题

1. 肢体导联左手是连接的哪个导联? 请在图 1-25 中标出 V2 导联的位置 (并用文字描述)。

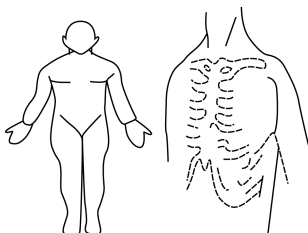


图 1-25 第 1 题图

2. 观察图 1-26 心电图的特点, 请回答:

- (1) 图 1-26 为何种心律失常?
- (2) 其心电图的特点是什么?
- (3) 其体征是什么?

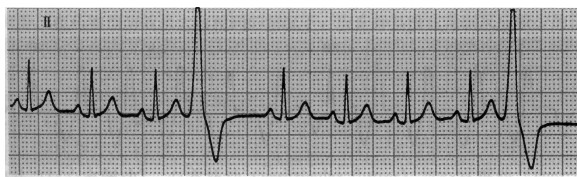


图 1-26 第 2 题图

3. 观察图 1-27 心电图特点, 请回答:

- (1) 图 1-27 为何种心律失常?
- (2) 其心电图的特点是什么?

(3) 其体征是什么？

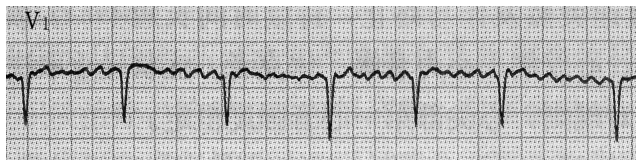


图 1-27 第 3 题图

4. 观察图 1-28 心电图特点，请回答

- (1) 图 1-28 为何种心律失常？
- (2) 其心电图的特点是什么？
- (3) 其体征是什么？
- (4) 简述护理配合。

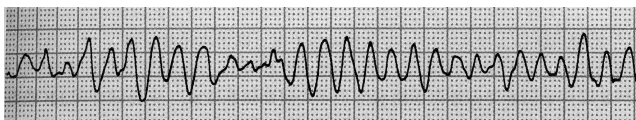


图 1-28 第 4 题图

5. 患者，男性，28 岁，阵发性心悸 3 年，每次心悸突然发作，持续半小时至 2 小时不等。本次发作听诊心律齐，200 次/分，心电图如图 1-29 所示。该患者应诊断为何种心律失常？身体状况有哪些改变？护理诊断有哪些？

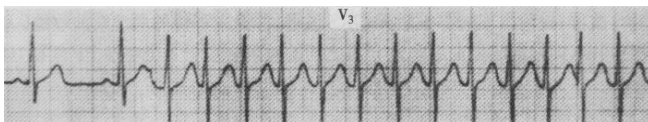


图 1-29 第 5 题图

6. 观察图 1-30，回答问题：

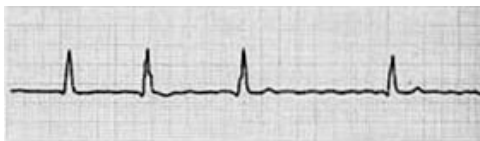


图 1-30 第 6 题图

- (1) 该心电图提示的是哪种心律失常？
- (2) 简述这种心律失常的心电图特征。

三、简答题

1. 常用的抗心律失常药物分成几类？每类举出一个代表药物。
2. 简述心房颤动的听诊特征。

四、综合分析题

王某，55 岁，男性，诊断冠心病，急性心肌梗死，突感头晕、心悸、胸闷，血压 90/60mmHg，

心率 110 次/分，节律不匀，心尖部第一心音强弱不等。ECG：房率慢于室率，两者无固定关系，QRS 波增宽为 0.12 秒，可见室性融合波。请回答下列问题：

1. 本病最可能的诊断是什么？
2. 该心律失常首选的护理方法是什么？
3. 该心律失常的心电图特点是什么？诊断心律失常的辅助检查有哪些？

## 第五节 原发性高血压病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握原发性高血压的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解原发性高血压的概念、发病机制、主要护理诊断。
3. 了解原发性高血压的治疗要点及健康教育。



### 知识梳理

#### 一、概念及分类

高血压是以体循环动脉压增高为主要表现的临床综合征，是引起心血管病的主要危险因素。成人收缩压 140mmHg 和（或）舒张压 90mmHg 即为高血压。**高血压有原发性高血压和继发性高血压两类。**大约有 95% 以上的患者血压增高为主要表现的一种独立疾病，称为原发性高血压。由明确而独立的疾病引起的血压升高，称为继发性高血压。

高血压的诊断必须以未服用降压药情况下 **3 次或 3 次以上**非同日多次血压测定所得的平均值为依据。在确诊原发性高血压之前应排除各种类型的**继发性高血压**，应注意与以下疾病相鉴别：**肾实质性高血压**（最常见的继发性高血压）；**肾血管性高血压**；**原发性醛固酮增多症**；**嗜铬细胞瘤**；**Cushing 综合征**；**主动脉缩窄**。

按血压水平将高血压分为 3 级，如表 1-3 所示。

表 1-3 血压水平的定义和分类（WHO/ISH, 1999 年）

类别	收缩压 mmHg		舒张压 mmHg
理想血压	<120	和	<80
正常血压	<130	和	<85
正常高值	130 ~ 139	或	85 ~ 89
高血压	140 ~ 159	或	90 ~ 99
1 级			
2 级	160 ~ 179	或	100 ~ 109
3 级	180	或	110
单纯收缩期高血压	140	和	<90

注：若患者的收缩压与舒张压分属于不同的级别时，以较高的分级为准。



## 二、发病机制

原发性高血压的病因尚未阐明，目前认为是在一定的遗传基础上由于多种后天因素共同作用所致。各种外界的和内在的不良刺激，如精神紧张、情绪激动、高血脂、摄入过多的高盐饮食、肥胖等，导致**交感神经系统活性亢进**、肾性水钠潴留、肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活、细胞膜离子转运异常、胰岛素抵抗，引起**全身小动脉的痉挛**，周围血管阻力持续增高等，形成高血压。持续的血压升高可出现全身小动脉玻璃样变，中层平滑肌细胞增殖、管壁增厚，管腔狭窄，进而导致**心、脑、肾等重要靶器官**的缺血，不同程度的损害。

## 三、护理评估

### （一）健康史：询问病史

（1）遗传因素：有无高血压的家族史。

（2）饮食习惯：高钠、低钾膳食是我国大多数高血压患者发病主要的危险因素之一。有无烟酒嗜好。

（3）超重和肥胖：身体脂肪含量与血压水平呈正相关。人群中体重指数（BMI）与血压水平呈正相关，腹部脂肪聚集越多，血压水平就越高。

（4）精神紧张：长期精神过度紧张也是高血压发病的危险因素。

（5）其他危险因素：询问其他危险因素包括年龄、缺乏体力活动等。除了高血压外，心血管病危险因素还包括吸烟、血脂异常、糖尿病、肥胖等。

### （二）身体状况

#### 1. 一般症状

大多数原发性高血压见于中老年，起病隐匿，进展缓慢，病程长达十多年来至数十年，初期很少有症状，约半数患者因体检或因其他疾病就医时测量血压后，才偶然发现血压增高，不少病人一旦知道患有高血压后，反而会产生各种各样神经症样症状，诸如**头晕、头胀、失眠、健忘、耳鸣、乏力、多梦、易激动等**，1/3～1/2 高血压患者因**头痛、头胀或心悸**而就医，也有不少病人直到出现高血压的严重并发症和靶器官功能性或器质性损害，出现相应临床表现时才就医。

#### 2. 靶器官损害症状

##### 1) 缓进型高血压

大多起病缓慢，多于中年起病。早期常无症状，偶于体格检查时发现血压升高，或在精神紧张、情绪激动及劳累后，由于血压暂时升高，而感头晕、头痛、胸闷、心悸、耳鸣、失眠、乏力、注意力不集中等症；随病程进展和血压持续升高，脏器受累。听诊主动脉瓣区第二心音亢进、收缩期杂音或收缩期喀喇音。少数患者则在发生**心、脑、肾等**并发症后才发现。累及脑部可出现**短暂性脑缺血发作、脑血栓形成、脑出血**。累及心脏表现为**左心室肥厚、扩张**，发生心力衰竭，还可出现心绞痛、心肌梗死、猝死等。累及肾脏出现夜尿、多尿、蛋白尿，甚至出现肾功能衰竭。**老年高血压**的特点：年龄 65 岁。除一部分病人为从老年前期的舒张期高血压演进而来，表现为收缩压和舒张压均升高。在老年高血压中有半数以上是**单纯性收缩期高血压（ISH）**，是以收缩压增高和脉压差增大、血压波动大、血压昼夜节律异常、并发症多等特点的一种特殊类型高血压。具有较高的致死、致残率。

##### 2) 恶性或急进型高血压

少数患者病情进展急骤，舒张压多在 130mmHg 以上，**头痛、视力模糊、眼底出血、渗出、**

**视乳头水肿**；肾脏损害突出，表现为持续蛋白尿、血尿及肾功能不全；也可发生脑卒中或心力衰竭、高血压脑病等；病程发展迅速，**常死于肾衰竭**。并伴有血管损害的综合征：表现为视网膜出血、渗出和视乳头水肿。总结为：“青壮年发病（30~40岁），起病急、进展快、预后差，死于肾衰竭。”

### 3. 高血压危急症

（1）**高血压危象**：是指在高血压的病程中，由于某些诱因如紧张、疲劳等，**全身的小动脉发生强烈痉挛**，血压急剧上升，可出现头痛、烦躁、眩晕、恶心、呕吐、心悸、气急及视力模糊等，严重时**可影响重要脏器血液供应**而产生危急症状。

（2）**高血压脑病**：**过高的血压导致脑血液循环障碍，引起脑水肿**、颅内压增高，表现为严重头痛、呕吐、意识障碍、精神错乱，甚至昏迷、抽搐。

### 4. 高血压患者心血管危险分层标准

大部分高血压患者还有血压升高以外的心血管危险因素（吸烟、高脂血症、糖尿病、男性大于55岁、女性大于65岁、早发心血管疾病的家族史）。因此，高血压患者的诊断和治疗不能只根据血压水平，必须对患者进行心血管风险的评估并分层。根据我国最新的高血压防治指南将高血压患者按心血管风险水平分为低危、中危、高危和很高危4个层次，如表1-4所示。

表 1-4 高血压患者心血管危险分层标准

其他危险因素和病史	血压水平		
	1级高血压	2级高血压	3级高血压
无	低危	中危	高危
1或2个其他危险因素	中危	中危	很高危
3个其他危险因素或靶器官损害或糖尿病	高危	高危	很高危
合并临床并发症	很高危	很高危	很高危

## 四、辅助检查

（1）**常规检查**：血常规、尿常规、血糖、血脂、肾功能、血尿酸、血电解质、心电图、胸部X线和眼底检查、超声心动图等，以发现靶器官损害和危险因素。

（2）**24小时动态血压监测**：可用于判断高血压的严重程度，了解其血压变异性和血压的昼夜节律，以便指导降压治疗和评价降压药物疗效。

## 五、护理诊断/医护合作解决的问题

（1）**疼痛**：头痛，与血压升高、脑血管痉挛有关。

（2）**焦虑**：与高血压带来的躯体不适，或控制不满意，或并发症影响工作和生活有关。

（3）**处理治疗计划不当/无效**：与高血压治疗的长期性、对高血压的严重性认识不足等有关。

（4）**知识缺乏**：缺乏原发性高血压预防保健有关知识。

（5）**活动无耐力** 与并发心力衰竭有关。

（6）**有受伤的危险** 与头晕和视力模糊有关。

（7）**潜在并发症**：心力衰竭、脑血管意外、肾功能衰竭。

## 六、治疗原则及治疗措施

### （一）治疗原则

原发性高血压一旦确诊，需要终身治疗。降压治疗的目的是减少高血压患者心、脑血管病的发生率和死亡率。高血压治疗原则如下。

#### 1. 改善生活行为

改善生活行为是降压治疗的基础。具体内容包括：控制体重，尽量将体重指数[体重(kg)/身高(m)]控制在25以下；限制过多碳水化合物的摄入；限制钠盐摄入，每人每日食盐量不超过6g；少进食脂肪、胆固醇多的食物，如少吃含脂肪高的猪肉、含胆固醇多的动物内脏；增加含钾、钙较多的食物，如鲜奶、豆类制品等；多吃蔬菜、水果；提倡高血压患者戒酒和限制饮酒，饮酒量不超过相当于酒精量50g/天；要注意劳逸结合，保持良好的心态，可适当体育锻炼，如跑步、太极拳、健美操等。

#### 2. 血压控制目标

一般高血压患者（包括老年患者）血压降至140/90mmHg以下；青年患者或糖尿病及肾病患者降至130/85mmHg以下。

### （二）降压药物治疗

#### 1. 药物降压适应症

药物降压适应症：收缩压160mmHg，或舒张压100mmHg；高血压合并糖尿病，或已有心脑血管靶器官损害和并发症；凡血压持续升高6个月以上，改善生活行为仍未能有效控制者。

#### 2. 降压药物分类

目前常用的降压药物分为5大类：利尿剂（如氢氯噻嗪、氨苯喋啶、呋达帕胺），噻嗪类利尿剂禁用于高尿酸血症、糖尿病、高脂血症、低钾血症； $\beta$ 受体阻滞剂（如倍他洛尔、美托洛尔、阿替洛尔），对血脂、血糖等的代谢也有不利影响，且对心率慢、有哮喘病及心脏有传导阻滞者不宜用；钙拮抗剂（如硝苯地平、尼卡地平）；血管紧张素转换酶抑制剂（如卡托普利、依那普利、贝那普利）；血管紧张素II受体阻滞剂（如缬沙坦、氯沙坦、伊贝沙坦）。

#### 3. 降压药物选择原则

降压药物应根据患者的年龄、脏器功能和并发症，以及患者对药物的耐受程度，经济承受能力的不同而合理选择。起始时用低剂量、个体化药物、24小时平稳降压于正常目标范围内，可联合用药。比较合理的联合用药治疗方案有：利尿剂和 $\beta$ 受体阻滞剂；利尿剂和血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素II受体阻滞剂；二氢吡啶类钙拮抗剂和 $\beta$ 受体阻滞剂；钙拮抗剂和血管紧张素转换酶抑制剂，或血管紧张素II受体阻滞剂；钙拮抗剂和利尿剂。

### （三）高血压急症治疗

（1）尽快降压：尽快将血压24小时内降至160/100~170/110mmHg。常用药物是硝普钠、硝酸甘油、酚妥拉明，根据病情选择用药，常为静脉给药，根据血压调节滴速。24~48小时内逐步降低血压达到正常水平后，宜口服降压药长期治疗以防复发。

（2）对出现有高血压脑病者给予降低颅内压、制止抽搐：可用20%的甘露醇快速静脉滴注或呋塞米静脉推注；抽搐者可用苯巴比妥钠、地西洋静脉注射，或10%水合氯醛保留灌肠。

## 七、护理措施

### （一）一般护理

#### 1. 活动与休息

适当休息，保证充足的睡眠，选择合适的运动，如慢跑或步行、打太极拳、气功等，重症的病人应增加卧床休息，协助生活料理。高血压初期可不限制一般的体力活动，避免重体力活动，保证足够的睡眠。血压较高、症状较多或有并发症的病人应卧床休息，避免体力和脑力的过度兴奋。

#### 2. 舒适病室环境、体位、情绪稳定

保持病室安静，减少声光刺激，限制探视；高血压脑血管意外病人应半卧位，避免活动，安定情绪，避免受伤，如避免迅速改变体位等危险因素。

#### 3. 饮食护理

（1）减少钠盐摄入，每人每日食盐量以不超过 6g 为宜。可减少水钠潴留，减轻心脏负荷，降低外周阻力，达到降低血压、改善心功能的目的。

（2）补充钙和钾盐，多吃新鲜蔬菜、多饮牛奶。

（3）低热量、低脂、高纤维素、高维生素、富钾饮食，减少脂肪摄入。以达到控制和减轻体重的目的。

（4）限制饮酒，每日不可超过相当于 50g 酒精。

#### 4. 避免诱因

（1）情绪激动、精神紧张、身心过劳、精神创伤等可使交感神经兴奋，血压升高。应指导病人自己控制情绪，调整生活节奏，生活环境应安静，避免噪声刺激和引起精神过度兴奋的活动。

（2）寒冷的刺激可使血管收缩，血压升高，冬天外出时注意保暖，室温不宜过低。

（3）保持大便通畅，避免剧烈运动和用力咳嗽，以防发生脑血管意外。

（4）避免突然改变体位，禁止长时间站立。

（5）不用过热的水洗澡和蒸汽浴。

### （二）用药护理及病情观察

降压药物一般从小剂量开始，可联合用药，以增强疗效，减少不良反应。某些降压药物可致直立性低血压，应指导病人在改变体位时要动作缓慢，当出现头晕、眼花、恶心、眩晕时，应立即平卧，以增加回心血量，改善脑部血液供应。烦躁不安者，遵医嘱给予镇静剂，血压增高时遵医嘱静点硝普钠治疗，发生心力衰竭时给予吸氧 4~6L/分，有急性肺水肿时可给予 35%酒精湿化吸氧，6~8L/分。

### （三）健康教育

（1）向病人及家属宣传原发性高血压的病因、诱因、临床表现、治疗方法等有关知识，让病人了解原发性高血压虽难以彻底治愈，但通过调整生活方式和服用降压药物，可将血压控制在一个合适的水平，改善预后。

（2）指导病人重视综合治疗，要尽量去除高血压的各种危险因素，改善饮食结构，坚持恰当的体育运动，减轻体重。

（3）告知病人建立长期治疗的思想准备，正确用药，按时服药，遵医嘱调整剂量，不随意增减和中断用药，并注意观察药物的不良反应。

(4) 教会病人及家属正确测量血压的方法并做好记录, 监测服药与血压的关系, 以作为就诊时调整药物剂量的参考。血压的测量应在静息的情况下进行, 测量血压前应休息 5~10 分钟, 测量前 30 分钟内不要吸烟, 避免喝浓茶、咖啡及其他刺激性饮料。

(5) 定期到医院复查, 教会病人识别并发症的方法, 一旦有并发症发生, 应立即就诊。



## 高考链接

【例 1】(2005 年高考题) 高血压病的健康教育要点不包括 ( )。

- A. 按医嘱用药, 定期随访
- B. 适度运动, 合理膳食
- C. 劳逸结合, 心理健康
- D. 血压降至正常, 及时停药

【分析】高血压病人应建立长期治疗的思想准备, 正确用药, 遵医嘱调整剂量, 不得擅自增减和中断用药。

【答案】D

【例 2】(2010 年高考题) 高血压诊断标准是 ( )。

- A. 收缩压 140mmHg 和 (或) 舒张压  $> 90\text{mmHg}$
- B. 收缩压  $> 140\text{mmHg}$  和 (或) 舒张压  $90\text{mmHg}$
- C. 收缩压 140mmHg 和 (或) 舒张压  $90\text{mmHg}$
- D. 收缩压  $> 140\text{mmHg}$  和 (或) 舒张压  $> 90\text{mmHg}$

【分析】高血压的定义为: 在未用降压药情况下, 收缩压  $\geq 140\text{mmHg}$  和 (或) 舒张压  $\geq 90\text{mmHg}$ 。

【答案】C

【例 3】(2010 年高考题) 引起高血压危象的主要原因是 ( )。

- A. 血容量持续增多
- B. 周围血管阻力增加
- C. 脑血管持续痉挛
- D. 心收缩力增强

【分析】高血压危象指在高血压的病程中, 因紧张、寒冷、疲劳、突然停药降压药等诱因, 全身的小动脉发生强烈痉挛, 血压急剧上升, 可出现头痛、烦躁、眩晕、恶心、呕吐、心悸、气急及视力模糊等。严重时可能影响重要脏器血液供应而产生危急症状。

【答案】B

【例 4】(2011 年高考题) 某高血压病人血压为 145/105mmHg, 其高血压分级是 ( )。

- A. 1 级
- B. 2 级
- C. 3 级
- D. 4 级

【分析】根据高血压的定义和分类, 若患者的收缩压与舒张压分属不同的级别时, 则以较高的分级为准。某高血压病人血压为 145/105mmHg, 其中舒张压属于 2 级。

【答案】B

【例 5】(2011 年高考题) 原发性高血压患者最常见的死亡原因 ( )。

- A. 脑血管意外
- B. 心律失常
- C. 心力衰竭
- D. 高血压危象

【分析】原发性高血压患者的左心室压力负荷增高, 从而导致左室肥厚、扩大, 形成高血压性心脏病, 最终出现心力衰竭。

【答案】C

【例 6】(2012 年高考题) 下列有关急进型高血压的描述, 错误的是 ( )。

- A. 以 50 岁以上多见
- B. 占高血压病的 1%~5%
- C. 舒张压多在 130mmHg 以上
- D. 多死于尿毒症

【分析】急进型高血压也称恶性高血压，占高血压病的 1%~5%，可由缓进型突然转变而来，也可起病，急进型高血压可发生在任何年龄，但以 30~40 岁患者为最多见。

【答案】A

【例 7】(2012 年高考题) 下列降血压属于利尿剂的是 ( )。

- A. 氢氯噻嗪      B. 硝苯地平      C. 卡托普利      D. 美托洛尔

【分析】氢氯噻嗪主要抑制髓袢升支粗段对  $\text{Na}^+$  和  $\text{Cl}^-$  的重吸收，使肾脏对  $\text{NaCl}$  的排泄增加而产生利尿作用，是一种中效利尿药，也是降压药；硝苯地平属于钙通道阻滞剂；卡托普利属于血管紧张素转换酶抑制剂；美托洛尔属于  $\beta$  受体阻滞剂。

【答案】A

【例 8】(2014 年高考题) 有关高血压脑病的抢救，错误的是 ( )。

- A. 保持呼吸道通畅      B. 快速静滴脱水剂  
C. 快速静滴硝普钠      D. 严密观察血压变化

【分析】硝普钠为一种速效和短时作用的血管扩张药，硝普钠能同时扩张动脉和静脉，迅速降压，应缓慢静滴。

【答案】C

【例 9】(2014 年山东高考题) 高血压最严重且致命性的并发症是 ( )。

- A. 脑软化      B. 脑出血      C. 左心肥大      D. 颗粒性固缩肾

【分析】高血压可引起脑出血，导致颅内压升高，甚至脑疝，严重威胁病人生命。

【答案】B

【例 10】(2015 年高考题) 综合分析题。患者，男性，52 岁。头痛、头晕加重 1 天入院。自诉高血压病史 6 年，长期吸烟，酗酒，高钠饮食，不爱运动，一直服用氢氯噻嗪。1 天前因情绪激动致病情加重。入院检查：体温  $36.2^{\circ}\text{C}$ ，脉搏 80 次/分，呼吸 20 次/分，血压 170/110mmHg，身高 170cm，体重 90kg。

诊断为：原发性高血压。

请写出：(1) 该疾病内脏病变期的脑部病变。

(2) 氢氯噻嗪的用途。

(3) 对该患者的健康指导。

【答案】

(1) 脑部病变：脑水肿，脑软化，脑出血。

(2) 氢氯噻嗪的用途：治疗各种水肿，治疗高血压，治疗尿崩症。

(3) 健康指导：介绍高血压相关知识：告知患者控制血压的重要性；告知终身治疗的重要性；教会测量血压的方法；注意合理膳食，减少钠盐摄入；戒烟、戒酒或限制饮酒；减轻和控制体重；遵医嘱服药，不可随意增减药量、漏服补吃药物或突然停药；合理安排休息与活动，劳逸结合；保持良好心理状态，减轻精神压力，缓解焦虑情绪。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 常见的心血管病危险因素不包括 ( )。

- A. 吸烟      B. 高密度脂蛋白增高

- C. 糖尿病 D. 年龄超过 60 岁
2. 关于原发性高血压发病机制, 不正确的一项是 ( )。
- A. 肾素-血管紧张素系统激活 B. 大脑皮质兴奋与抑制平衡失调
- C. 交感神经活动增强 D. 血管内皮生成的内皮素减少
3. 与恶性高血压不符的表现是 ( )。
- A. 一般无眼底出血、渗出和视乳头水肿
- B. 舒张压持续超过 130mmHg
- C. 有持续性蛋白尿、管型尿和血尿
- D. 多见于中青年、发病急骤
4. 轻度高血压的主要疗法是 ( )。
- A. 非药物疗法 B. 利尿剂
- C. 钙通道阻滞剂 D. 血管紧张素转换酶抑制剂
5. 属于钙通道阻滞剂的药物是 ( )。
- A. 呋塞米 B. 美托洛尔 C. 尼群地平 D. 卡托普利
6. 原发性高血压病人护理措施中, 错误的一项是 ( )。
- A. 高血压急症病人应绝对卧床休息
- B. 避免情绪激动、用力屏气
- C. 老年病人血压应降至 130/85mmHg 以下
- D. 硝普钠应避光静脉滴注
7. 原发性高血压病人每日摄钠量不应超过 ( )。
- A. 2g B. 4g C. 6g D. 8g
8. 原发性高血压病人有氧运动的目的不包括 ( )。
- A. 降压 B. 减肥 C. 改善脏器功能 D. 增强胰岛素抵抗
9. 使用硝普钠时, 错误的方法是 ( )。
- A. 现配现用 B. 避光静脉滴注
- C. 不超过 4 小时 D. 每 5~10 分钟测血压 1 次
10. 原发性高血压预防措施中, 错误的一项是 ( )。
- A. 保持乐观的情绪 B. 避免体力劳动 C. 清淡饮食 D. 控制摄入总钠量
11. 以下为老年人高血压最主要特点的是 ( )。
- A. 多属轻中型, 恶性者罕见
- B. 以纯收缩压升高为多见
- C. 大部分系动脉粥样硬化导致动脉弹性减退
- D. 周围血浆肾素活性降低
12. 高血压脑病时最常见的症状是 ( )。
- A. 一时性脑缺血 B. 意识丧失, 抽搐 C. 脑出血 D. 头痛, 头晕
13. 下列与原发性高血压发病相关的因素中, 不包括 ( )。
- A. 遗传因素 B. 自身免疫缺陷
- C. 精神长期过度紧张 D. 高盐的饮食习惯
14. 我国高血压病引起的死亡原因最常见的是 ( )。

- A. 心力衰竭      B. 脑血管意外      C. 尿毒症      D. 高血压危象
15. 在高血压急症中, 降压最迅速的药物是 ( )。
- A. 硝普钠      B. 硝酸甘油      C. 硝苯地平      D. 普纳洛尔
16. 高血压急症的处理原则最主要的是 ( )。
- A. 吸氧      B. 心电监护      C. 肌注安定      D. 立即降低血压
17. 下列不属于高血压病非药物治疗措施的是 ( )。
- A. 高钙饮食      B. 限制钠盐摄入  
C. 降血脂药物应用      D. 良好休息与适量运动结合
18. 下列关于原发性高血压治疗目的和降压目标的叙述不正确的是 ( )。
- A. 使血压下降, 减少并发症导致的病残率和死亡率  
B. 血压下降达到或接近正常范围  
C. 使血压下降至原血压 80%  
D. 延缓并发症的发生
19. 高血压分期标准最主要的依据是 ( )。
- A. 病程长短      B. 血压增高速度  
C. 症状轻重      D. 器官损伤及功能代偿情况
20. 高血压诊断须至少非同日 ( ) 次反复测量血压, ( ) 次血压平均值均高于正常值的可诊断为高血压患者。 ( )
- A. 2、1      B. 2、2      C. 3、2      D. 3、3
21. ( ) 常见的副反应是干咳。
- A. 卡托普利      B. 硝苯地平      C. 双氢克尿噻      D. 氨苯喋啶
22. 下列可引起低血钾的是 ( )。
- A. 卡托普利      B. 硝苯地平      C. 双氢克尿噻      D. 氨苯喋啶
23. 下列不是缓解高血压的有效措施的是 ( )。
- A. 合理膳食      B. 戒烟限酒  
C. 保持心理平衡      D. 适量有规律的无氧运动
24. 高血压累及靶器官损害表现为 ( )。
- A. 心电图示: 左室肥厚      B. 心电图示: 肺性 P 波  
C. 胸部 X 线示: 右室肥大
25. 下列不属于降压药的是 ( )。
- A. 氯沙坦      B. 硝苯地平      C. 卡托普利      D. 阿司匹林
26. 高血压的主要病理改变是 ( )。
- A. 大动脉痉挛、收缩      B. 中等动脉痉挛、收缩  
C. 细小动脉痉挛及透明样改变      D. 毛细血管痉挛、狭窄、血栓形成
27. 高血压病人诊断高血压性心脏病诊断的必备条件是 ( )。
- A. 高血压病史      B. 血压大于 180/130mmHg  
C. 主动脉瓣第二心音亢进      D. 左心室肥厚、扩大
28. 关于高血压的诊断叙述正确的是 ( )。
- A. 收缩压 > 140mmHg, 即诊断为高血压



- B. 舒张压  $> 90\text{mmHg}$ , 即诊断为高血压  
C. 收缩压  $140\text{mmHg}$  和 (或) 舒张压  $90\text{mmHg}$   
D. 高血压诊断以偶然测得, 一次血压增高为标准
29. 早期高血压的特点是 ( )。  
A. 尿蛋白阳性 B. 脑动脉硬化  
C. 左心室肥大 D. 血压波动休息后可恢复正常
30. 与高血压发病有关的因素不包括 ( )。  
A. 遗传 B. 吸烟 C. 低盐 D. 肥胖
31. 关于原发性高血压的病因, 下列说法错误的是 ( )。  
A. 无种族差异性 B. 家族聚集性  
C. 精神应激与饮食因素不良 D. 代谢综合征
32. 关于高血压脑病, 下列提法不对的是 ( )。  
A. 血压过高突破了脑血流自动调节范围  
B. 脑血流过度灌注引起脑水肿  
C. 临床以头痛、呕吐、意识障碍、精神错乱为主  
D. 脑神经症状的出现提示病情不可逆
33. 治疗性生活方式改变不包括 ( )。  
A. 减肥控制体重 B. 低钠 (6 克/天) 高钾饮食  
C. 坚持服降脂药 D. 戒烟、限酒
34. 下列不属于高血压治疗原则的是 ( )。  
A. 高血压 2 级或以上者应给药物治疗  
B. 一旦高血压的诊断确立, 立即给药  
C. 药物治疗的同时也强调治疗性生活方式改变  
D. 治疗高血压的同时应兼顾代谢综合征的处理
35. 关于高血压危象下列说法不正确的是 ( )。  
A. 紧张、疲劳、寒冷, 突然停药可诱发  
B. 因全身小动脉痉挛, 血压急剧上升  
C. 多数患者伴有抽搐与昏迷  
D. 在老年常诱发心力衰竭
36. 钙通道阻断剂降压的作用机理, 下列最正确的是 ( )。  
A. 负性肌力作用 B. 降低前负荷  
C. 降低后负荷 D. 减慢心率
37. 在我国继发性高血压的常见原因是 ( )。  
A. 肾性高血压 B. 嗜铬细胞瘤  
C. 原发醛固酮增高症 D. 皮质醇增多症
38. 血管紧张素转换酶抑制剂最突出的副作用是 ( )。  
A. 皮肤过敏 B. 白细胞减少 C. 胃肠道症状 D. 干咳
39. 高血压病人护理措施不妥的是 ( )。  
A. 改变体位时宜缓慢 B. 协助用药, 尽快使血压降至较低水平

- C. 沐浴时水温不宜过高 D. 保持大便通畅
40. 关于老年人高血压, 下列描述正确的是 ( )。
- A. 大多数是收缩压与舒张压同时增高  
B. 血压波动小, 相对稳定  
C. 较少发生体位性低血压  
D. 容易发生心力衰竭
41. 治疗高血压病的六大类药物选用的六大类药物中, 药物适应性最广的是 ( )。
- A. 利尿剂 B. 钙通道阻断剂  
C.  $\beta$  受体阻断剂 D. 血管紧张素转换酶抑制剂
42. JNC VII 的六大类药物选择中, 不包括 ( )。
- A.  $\alpha$  受体阻断剂 B.  $\beta$  受体阻断剂  
C. 醛固酮受体阻断剂 D. 血管紧张素 II 型受体阻断剂
43. 男性, 58 岁, 有高血压病史 10 年, 定期门诊治疗, 近期血压波动 180/100~110mmHg, X 线见主动脉型心, 心电图: 左室高电压, 尿蛋白 +。最恰当的诊断是 ( )。
- A. 原发性高血压低度危险组 B. 原发性高血压中度危险组  
C. 原发性高血压高度危险组 D. 原发性高血压极高度危险组
44. 王先生, 65 岁, 发现血压升高 5 年, 有糖尿病史 10 年, 吸烟史 40 年, 其母有高血压史, 并死于脑出血。体检: 血压 170/106mmHg, 心尖搏动位于左侧第 5 肋间锁骨中线外 1cm 处, 呈抬举感, 心率 110 次/分, 律齐。降压治疗时, 必须使血压降至 ( )。
- A. 120/80mmHg 以下 B. 130/85mmHg 以下  
C. 140/90mmHg 以下 D. 150/95mmHg 以下
45. 男性, 65 岁, 测血压经常为 180/120mmHg, 同时发现血糖为 8.7mmol/L, 血胆固醇 7.2mmol/L, 以下药物不宜使用的是 ( )。
- A. 阿替洛尔 B. 卡托普利 C. 尼群地平 D. 甲基多巴
46. 某病人初测血压为 180/110mmHg, 应建议在 ( ) 内随诊处理。
- A. 2 个月 B. 1 个月 C. 半年内 D. 立即处理
47. 常致反射性心动过速的是 ( )。
- A. 卡托普利 B. 硝苯地平 C. 双氢氯噻嗪 D. 美托洛尔
48. 某女, 65 岁, 建议适宜运动心率为 ( )。
- A. 93~132 次/分 B. 77~109 次/分 C. 109~132 次/分 D. 132~187 次/分
49. 男性, 48 岁, 有间歇性头痛、头晕、血压偏高病史, 昨日出现剧烈头痛心悸、多汗、呕吐、视物模糊、抽搐、面色苍白, 血压 220/122mmHg, 心率 120 次/分。合理诊断是 ( )。
- A. 高血压 3 级 B. 高血压脑病 C. 恶性高血压 D. 高血压危象
50. 男性, 70 岁, 高血压病史 6 年, 今晨起床后突然头痛、烦躁、多汗、面色苍白, 血压 250/125mmHg, 心率 125 次/分, 律整, 双肺布满中、小水泡音和少量哮鸣音, 肝脾未及, 双下肢无浮肿, 此患者目前的合适诊断为 ( )。
- A. 高血压 3 级, 极高危组 B. 高血压 3 级, 并肺部感染  
C. 支气管哮喘急性发作 D. 高血压 3 级并急性左心衰

## 二、简答题

1. 简述降压治疗的原则。
2. 何谓恶性或急进型高血压？
3. 高血压患者心血管危险分层标准是什么？
4. 防治高血压的膳食有哪些原则？
5. 高血压急症的护理要点是什么？
6. 简述常用降压药物的种类。

## 三、综合分析题

张某，男，60岁，平时血压170 mmHg左右，受凉后出现头痛、眩晕、胸闷、气急、恶心、呕吐、视力模糊，经降压治疗，病情很快好转。

1. 该病人的可能是临床诊断是什么？
2. 该病人的护理诊断有哪些？
3. 健康教育要点有哪些？

## 第二章

# 呼吸系统疾病病人的护理

### 第一节 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病病人的护理



#### 考纲要求

1. 掌握慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病的分类、主要病因、护理评估和护理措施。
2. 理解慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病的发病机制、主要的护理诊断和治疗要点。
3. 了解慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病的概念。



#### 知识梳理

#### 一、概述

慢性支气管炎（简称慢支）是指气管、支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症，临床上以咳嗽、咳痰或伴喘息及反复发作的慢性过程为特点。

阻塞性肺气肿（简称肺气肿）是指终末细支气管远端（呼吸细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）的气道弹性减退、充气、过度膨胀、肺容量增大，并伴有气道壁的破坏。当慢性支气管炎或（和）阻塞性肺气肿病人肺功能检查出现气流受限并且不能完全可逆时，称为慢性阻塞性肺疾病（简称慢阻肺，COPD）。

慢性肺源性心脏病（简称慢性肺心病），是由于肺组织、肺血管或胸廓慢性病变引起肺组织结构和（或）功能异常，致**肺血管阻力增加**，肺动脉压力增高，继而使右心室扩张和（或）肥厚，伴或不伴右心衰竭的心脏病。

慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病是严重危害人民健康的常见病和多发病，以老年人多见，可并发肺性脑病、酸碱失衡及电解质紊乱、自发性气胸等，死亡率高。

#### 二、病因与发病机制

慢性支气管炎的病因尚不清楚，可能与下列因素有关。

（1）吸烟：为重要的发病因素，烟草中的焦油、尼古丁和氢氰酸等化学物质，可损伤气道上皮细胞，使纤毛运动减退和巨噬细胞吞噬功能降低而致感染。

(2) 职业粉尘和化学物质：可损伤气道粘膜，使纤毛清除功能下降，粘液分泌增加，易并发感染。

(3) 感染：长期、反复病毒或细菌等感染，可破坏气道正常的防御功能，损伤细支气管和肺泡。**慢性支气管炎是阻塞性肺气肿最主要的病因。**

肺源性心脏病常见病因为支气管及肺疾病，其中**慢性阻塞性肺疾病最多见**，占 80%~90%；其次为支气管哮喘、支气管扩张、重症肺结核等；其他如胸廓运动障碍性疾病、肺血管疾病也可引起。上述诸多因素导致肺功能和结构发生不可逆改变，同时反复的气道感染和低氧血症，导致一系列体液因子和肺血管的变化，使肺血管阻力增加，肺动脉血管结构重塑，产生肺动脉高压，引起右心室扩大、肥厚，甚至导致右心衰竭。

### 三、护理评估

#### (一) 健康史

询问慢性支气管炎、阻塞性肺气肿病人吸烟史和慢性咳嗽、咳痰病史；发病是否与寒冷季节或气候变化有关，性质和工作环境中有无接触职业粉尘和化学物质。询问肺源性心脏病病人有无慢性呼吸系统疾病病史，有无肺血管疾病或神经肌肉疾病病史。

#### (二) 身体状况

##### 1. 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿

##### 1) 症状

(1) 慢性咳嗽：常晨间起床时咳嗽明显，白天较轻，夜间有阵咳或排痰，随病情发展可终身不愈。

(2) 咳痰：一般为白色粘液或浆液性泡沫痰，偶可带血丝，清晨排痰较多。急性发作伴有细菌感染时，可有脓性痰且痰量较多。

(3) 气短或呼吸困难：早期仅在体力劳动或上楼时出现，随着病情的发展，呼吸困难进行性加重，日常活动甚至休息时也可感到气短，是慢性阻塞性肺疾病标志性症状。

(4) 喘息和胸闷：部分病人特别是重度病人或急性加重时出现喘息。

2) 体征：早期无明显体征。发展到阻塞性肺气肿时病人呈**桶状胸**；触觉语颤减弱；叩诊呈**过清音**，肺下界和肝浊音界下移；听诊双肺呼吸音减弱，呼气时间延长，心音遥远，合并呼吸道感染时可出现干、湿啰音。

##### 3) 分期

慢性阻塞性肺疾病按病程可分为急性加重期和稳定期。急性加重期指在短期内咳嗽、咳痰、气短和（或）喘息加重、痰量增多，可伴发热等症状；稳定期指咳嗽、咳痰及气短等症状稳定或轻微。

##### 2. 肺源性心脏病

(1) 肺、心功能代偿期：主要为慢性支气管炎、阻塞性肺气肿的表现。**肺动脉瓣区第二心音亢进提示肺动脉高压，三尖瓣区出现收缩期杂音或剑突下见心尖搏动，提示右心室肥大。**

(2) 肺、心功能失代偿期：可表现为呼吸衰竭和心力衰竭。**呼吸衰竭**：常因急性呼吸道感染诱发，**是失代偿期最突出表现**。病人呼吸困难加重，发绀明显，甚至出现头痛、兴奋、烦躁、嗜睡、昏迷及抽搐等肺性脑病表现。护理体检可见皮肤发绀，球结膜充血、水肿，严重时出现颅内压升高表现，如视网膜血管扩张、视神经乳头水肿；二氧化碳潴留可出现周围血管扩张，如皮肤潮红、多汗。**心力衰竭**：以右心衰竭为主，表现心悸、气促、乏力、少尿、食欲减退，下肢甚至全身水肿。护理体检可见颈静脉怒张、心率增快、三尖瓣区出现收缩期吹风样杂音，肝大、

肝颈静脉反流征阳性及下肢水肿或腹水。

### 3. 并发症

可并发肺性脑病、自发性气胸、酸碱失衡及电解质紊乱、心律失常及休克等。

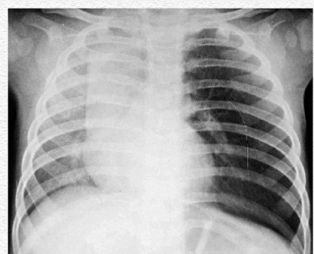
### (三) 心理-社会状况

由于病程长、疗效差、长期治疗增加家庭的经济负担，病人和家属极易出现焦虑和抑郁的心理状态；家属对病人的关心和支持不足，以及医疗费用保障不足，会使病人产生悲观、绝望等心理。

## 四、辅助检查

(1) 血常规：红细胞计数和血红蛋白升高。感染时白细胞计数升高，中性粒细胞比例升高。

(2) X 线检查 (图 2-1)：早期可无变化，随病情发展可出现**肺纹理粗乱**，胸廓前后径增大，肋间隙增宽，肋骨平行，膈肌低平，两肺野透亮度增加。肺源性心脏病时，除有原发疾病的 X 线表现外，可见右下肺动脉干扩张，肺动脉段凸出，右心室扩大，心影呈垂直状。



非金属支气管异物所致 (左)

图 2-1 阻塞性肺气肿

(3) 心电图检查：右心肥大表现、**肺型 P 波多**。肺型 P 波是由于肺源性心脏病导致的，表现为肺动脉高压导致右心室排血阻力上升，进而导致右心室肥大，右心室肥大到一定程度导致右心房肥大，心电图表现为 P 波高尖，其振幅在肢体导联 0.25mV，胸导联 0.20mV，Pt 正常。

(4) 肺功能检查：第一秒用力呼气容积占用力肺活量的比值减少，最大通气量减少，残气量增加，**残气量占肺总量的比值增加**。

(5) 动脉血气分析：早期无异常，随病情进展可出现低氧血症、高碳酸血症、酸碱平衡失调等。当  $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$  伴 (或不伴)  $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$  时，提示呼吸衰竭。

## 五、治疗要点

慢性支气管炎急性加重期治疗原则为控制感染、解痉平喘、祛痰、维持呼吸道通畅。当出现阻塞性肺气肿时，应加强呼吸功能锻炼，改善肺功能；肺源性心脏病肺功能代偿期采用中西医结合治疗，**失代偿期应在积极控制感染基础上，通畅气道，改善呼吸功能，纠正缺氧和二氧化碳潴留，控制呼吸衰竭和心力衰竭，处理并发症。**

## 六、护理诊断及合作性问题

(1) 气体交换受损：与气道阻塞、分泌物过多、呼吸肌疲劳和肺泡呼吸面积减少有关。

(2) 清理呼吸道无效：与分泌物过多、痰液粘稠及咳嗽无效有关。

(3) 活动无耐力：与心肺功能减退有关。

(4) 体液过多：与体循环瘀血有关。

(5) 营养失调——低于机体需要量：与咳嗽、呼吸困难、疲乏、体循环瘀血等引起食欲减退、消化功能下降有关。

(6) 焦虑：与病程长、疗效差、家庭经济负担重有关。

(7) 潜在并发症：肺性脑病、自发性气胸、酸碱失衡及电解质紊乱。

## 七、护理措施

### (一) 一般护理

(1) 休息与体位：肺、心功能失代偿期应卧床休息，保证病人充分睡眠，降低机体耗氧量，促进心肺功能的恢复。呼吸困难严重者，取半卧位或坐位。肺、心功能代偿期活动应量力而行，以不引起疲劳、不加重症状为度。

(2) 饮食护理：给予高热量、高蛋白、高维生素、低盐、清淡易消化饮食。因高糖食物易造成痰液粘稠，故宜少食。水肿、少尿病人应限制水与钠的摄入。

### (二) 病情观察

监测病人生命体征的变化；观察病人咳嗽、咳痰情况，痰液的性质、颜色、量；呼吸的频率、节律、幅度及其变化特点；有无心悸、胸闷、水肿及少尿；定期监测动脉血气分析变化；密切观察病人有无头痛、烦躁、昼睡夜醒、意识状态改变等**肺性脑病表现**，如有异常，及时报告医师并协助处理。

### (三) 氧疗护理

遵医嘱给予氧疗，对慢性阻塞性肺疾病慢性呼吸衰竭病人提倡长期家庭氧疗。**呼吸衰竭者，应持续低流量（1~2L/分钟）、低浓度（25%~29%）吸氧**，使 PaO<sub>2</sub> 控制在 60mmHg 或略高，以防止因缺氧完全纠正，使外周化学感受器失去低氧血症的刺激而抑制自主呼吸，加重缺氧和二氧化碳潴留。

### (四) 对症护理

咳嗽、咳痰的护理。

### (五) 治疗配合

#### 1. 用药护理

遵医嘱给予解痉平喘、镇咳祛痰和抗感染药物及强心、利尿和扩血管药物。用药时应注意以下事项。

(1) **镇静、麻醉剂**：**重症呼吸衰竭病人应避免使用**，以免抑制呼吸中枢和咳嗽反射。

(2) 呼吸兴奋剂：用量过大可引起恶心、呕吐、烦躁、面部潮红、皮肤瘙痒及肌肉震颤等不良反应，应注意观察。

(3) **利尿剂**：**可引起低钾、低氯性碱中毒**而加重缺氧，脱水过度致血液浓缩、痰液粘稠而出现排痰不畅等不良反应；使用排钾利尿剂时遵医嘱补钾，监测电解质变化。

(4) 洋地黄类药物：病人由于慢性缺氧和感染，对洋地黄耐受性差，易发生中毒反应，因此，肺源性心脏病右心衰竭时使用洋地黄应持慎重态度，注意纠正缺氧和低钾血症，遵医嘱用药，一旦出现中毒反应立即报告医师并协助处理。

(5) 血管扩张药物：应注意观察血压、心率变化。

(6) 抗生素：注意观察感染控制的效果及不良反应。

## 2. 呼吸功能锻炼

指导稳定期病人进行腹式呼吸和缩唇呼吸，以加强膈肌运动，提高支气管内压，提高通气量，延缓小气道的陷闭，改善呼吸功能。

(1) 腹式呼吸锻炼(图 2-2)：病人取立位，体弱者亦可取坐位或半卧位。左右手分别放在腹部胸前，全身肌肉放松，静息呼吸。**吸气时用鼻吸入**，尽量挺腹，胸部不动；**呼气时用口呼出**，同时收缩腹部，胸廓保持最小活动幅度，**缓呼深吸**，增加肺泡通气量。每分钟 7、8 次，如此反复训练，每次 10~20 分钟，每日 2 次，熟练后逐渐增加次数。

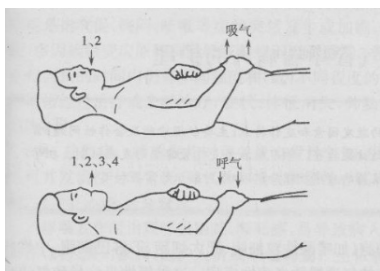


图 2-2 腹式呼吸方法

(2) 缩唇呼吸锻炼(图 2-3)：**用鼻吸气用口呼气**，呼气时口唇缩拢似吹口哨状，持续缓慢呼气，同时收缩腹部。**吸与呼时间之比为 1:2 或 1:3**。缩唇大小程度与呼气流量，以能使距口唇 15~20cm 处，与口唇等高水平的蜡烛火焰随气流倾斜又不至于熄灭为宜。

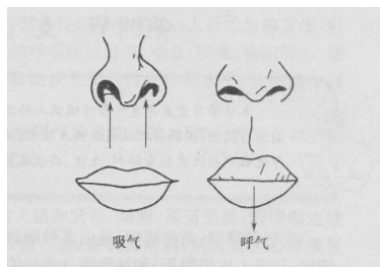


图 2-3 缩唇呼吸方法

## (六) 并发症护理

(1) 肺性脑病。病人绝对卧床休息，呼吸困难严重者取半卧位。有意识障碍者，使用床挡及约束带防止坠床，必要时专人护理。密切观察病情变化，定期监测动脉血气分析，遵医嘱持续低流量、低浓度吸氧并应用呼吸兴奋剂。

(2) 自发性气胸。若病人突然出现胸痛、咳嗽、呼吸困难加重，提示自发性气胸。应立即安置病人卧床休息，血压平稳者取半坐位，遵医嘱吸氧，保证病人  $\text{SaO}_2$  (动脉血氧饱和度) 超过 90%；协助医师做好胸腔抽气或胸腔闭式引流的准备和配合。

## (七) 心理护理

护士要多与病人沟通，安慰病人，帮助病人了解疾病的过程，提高应对能力，增强自信心。培养病人的生活情趣，分散病人的注意力，以消除焦虑，缓解压力。积极协助病人取得家庭和社



会的支持,增强病人战胜疾病的信心,缓解其焦虑急躁情绪。

## 八、健康指导

(1) 疾病知识指导。向病人及家属解释本病的发生、发展过程及导致疾病加重的因素。告知病人戒烟是防治本病的重要措施;嘱病人注意防寒、保暖,防治各种呼吸道感染;改善环境卫生,加强劳动保护,避免烟雾、粉尘和刺激性气体对呼吸道的影响;在呼吸道传染病流行期间,尽量少去公共场所。

(2) 康复锻炼指导。根据病人心肺功能和体力情况,为病人制订康复锻炼计划,如慢跑、快走及打太极拳等,提高机体抵抗力。每天进行缩唇呼吸和腹式呼吸锻炼,以改善通气和增加有效呼吸。鼓励病人进行耐寒锻炼,如冷水洗脸、洗鼻等。教会病人及家属判断呼吸困难的程度,合理安排工作和生活。

(3) 家庭氧疗指导。让病人及家属了解吸氧的目的及必要性。告知病人吸氧时注意安全,严禁烟火,防止爆炸。氧疗装置要定期更换、清洁和消毒。

(4) 用药指导。嘱病人遵医嘱用药,教会病人及家属观察药物不良反应的方法,一旦病情加重应立即就诊。



## 高考链接

【例1】(2007年山东高考题)对于慢性支气管炎病人的护理措施,不恰当的是( )。

- A. 合理给氧
- B. 教会病人排痰方法
- C. 遵医嘱应用抗生素
- D. 低热量、低蛋白、高维生素饮食

【分析】慢性支气管炎应给与高热量、高蛋白、高维生素、低盐、清淡、低糖易消化饮食。有水肿少尿患者应限制水钠摄入。

【答案】D

【例2】(2010年山东高考题)慢性阻塞性肺疾病的标志性症状是( )。

- A. 进行性呼吸困难
- B. 活动后喘息
- C. 反复咳脓性痰
- D. 间断大量咯血

【分析】早期仅在体力劳动时出现呼吸困难,随着病情发展,呼吸困难进行性加重,日常活动甚至休息时也感到气短,是慢性阻塞性肺疾病的标志性症状。

【答案】A

【例3】(2010年山东高考题)阻塞性肺气肿患者练习缩唇呼吸时,正确的方法是( )。

- A. 吸与呼时间之比为2:1
- B. 口唇缩拢持续缓慢吸气
- C. 呼气时同时收缩腹部
- D. 用口吸气用鼻呼气

【分析】缩唇呼吸用鼻吸气用口呼气,呼气时口唇缩拢似吹口哨状,持续缓慢呼气,同时收缩腹部。吸与呼时间之比为1:2或1:3。

【答案】C

【例4】(2011年山东高考题)目前已知的慢性阻塞性肺疾病危险因素中,最重要的是( )。

- A. 感染
- B. 职业粉尘
- C. 吸烟
- D. 过敏因素

【分析】吸烟是目前公认慢性阻塞性肺疾病已知危险因素中最重要者。吸烟者慢性支气管炎的患病率比不吸烟者高2-8倍,烟龄越长,吸烟量越多,慢性阻塞性肺疾病患病率越高。

【答案】C

【例 5】(2012 年山东高考题) 慢性支气管炎最常见的并发症是 ( )。

- A. 肺炎                      B. 肺结核                      C. 阻塞性肺气肿                      D. 呼吸衰竭

【分析】阻塞性肺气肿是慢性支气管炎最常见的并发症, 慢性支气管炎是阻塞性肺气肿最常见的病因。

【答案】C

【例 6】(2012 年山东高考题) 关于咯血护理措施不正确的 ( )。

- A. 取平卧位, 头偏向一侧  
B. 静卧休息, 尽量少翻身  
C. 肺结核咯血病人卧向患侧  
D. 咯血不止时, 嘱病人屏气以利止血

【分析】咯血时患者取患侧卧位或平卧位, 头偏向一侧; 大咯血患者需绝对卧床休息, 减少翻动; 肺结核咯血患者取患侧卧位, 防止结合病灶向对侧扩散; 咯血时禁忌屏气以免诱发窒息。

【答案】D

【例 7】(2012 年山东高考题) 为气管切开患者吸痰时, 发现痰液粘稠不易咳出, 下列措施中错误的是 ( )。

- A. 叩拍背部, 以震动痰液  
B. 做超声波雾化吸入, 以稀释痰液  
C. 每次吸痰时间大于 15 秒, 以吸尽痰液  
D. 低热量、低蛋白、高维生素饮食

【分析】每次吸痰的时间应该小于 15 秒。

【答案】C

【例 8】(2013 年山东高考题) 慢性肺源性心脏病最常见的酸碱失衡类型是 ( )。

- A. 代谢性酸中毒    B. 代谢性碱中毒    C. 呼吸性酸中毒    D. 呼吸性碱中毒

【分析】肺源性心脏病最常见的病因是慢性阻塞性肺疾病, 慢性阻塞性肺疾病患者存在肺通气不足。有缺氧合并二氧化碳潴留, 引起呼吸性酸中毒。

【答案】C

【例 9】(2013 年山东高考题) 慢性阻塞性肺疾病输氧宜选择 ( )。

- A. 低流量高浓度    B. 低流量低浓度    C. 高流量低浓度    D. 高流量高浓度

【分析】慢性阻塞性肺疾病者多合并二氧化碳潴留, 宜给予低流量、低浓度持续吸氧, 以免抑制自主呼吸。

【答案】B

【例 10】(2014 年山东高考题) 慢性阻塞性肺气肿的体征不包括 ( )。

- A. 桶状胸                      B. 呼吸音减低                      C. 心音遥远                      D. 胸膜摩擦音

【分析】慢性阻塞性肺气肿的肺脏过度充气膨胀, 体征包括桶状胸、语颤减弱、过清音、呼吸音减低、呼气延长、心音遥远。通常不会有胸膜摩擦音。

【答案】D

【例 11】(2015 年山东高考题) 肺源性心脏病失代偿期最突出的表现是 ( )。

- A. 呼吸衰竭                      B. 心力衰竭                      C. 颈静脉怒张                      D. 腹水

【分析】呼吸衰竭常因急性呼吸系统感染诱发, 是失代偿期最突出表现。病人呼吸困难加重,

发绀明显,甚至出现头痛、兴奋、烦躁、嗜睡、昏迷及抽搐等肺性脑病表现。

【答案】A

【例 12】(2015 年山东高考题)慢性阻塞性肺气肿患者发生呼吸衰竭时,氧疗的流量要求是 ( )。

A. 1~2L/分钟      B. 3~4L/分钟      C. 5~6L/分钟      D. 7~8L/分钟

【分析】呼吸衰竭者,应持续低流量(1~2L/分钟)、低浓度(25%~29%)吸氧,使  $\text{PaO}_2$  控制在 60mmHg 或略高,以防止因缺氧完全纠正,使外周化学感受器失去低氧血症的刺激而抑制自主呼吸,加重缺氧和二氧化碳潴留。

【答案】A

【例 13】(2013 年山东高考题)简述肺源性心脏病患者使用洋地黄的指征。

【答案】感染已控制,呼吸功能已改善,利尿剂疗效差的心衰者;以右心衰竭为主要表现而无明显感染者;出现急性左心衰竭者。

【分析】肺源性心脏病病人多存在感染和缺氧,对洋地黄类药物耐受性差,易导致洋地黄中毒,因此必须在控制感染,纠正缺氧后使用。

【例 14】(2013 年山东高考题)简述慢性支气管炎并发阻塞性肺气肿的临床表现。

【答案】(1)症状:慢性咳嗽;咳白色粘液或浆液性泡沫痰;气短或呼吸困难;喘息和胸闷。(2)体征:视诊—桶状胸;触诊—语颤减弱;叩诊—过清音,肺下界和肝浊音界下移;听诊—双肺呼吸音减弱,呼气时间延长。

【例 15】(2007 年山东高考题)患者,女,60 岁,20 年来经常咳嗽,咳痰,进行性加重。10 年前出现心慌气短,不能平卧。10 天前受凉后喘憋加重、痰液粘稠无力咳出,伴有尿少及下肢浮肿。查体温 37.5℃,脉搏 108 次/分,呼吸 26 次/分,血压 120/75mmHg。端坐呼吸,口唇紫绀,颈静脉怒张。桶状胸,语颤减弱,肺部叩诊过清音,两肺可闻及干湿啰音。剑突下可见心脏搏动,心率 108 次/分,律齐,  $\text{P}_2 > \text{A}_2$ 。腹软,肝右肋下缘 2.0cm,有触痛,肝静脉回流征阳性,脾未触及,双下肢轻度水肿,神经反射无异常。

(1)除“清理呼吸道无效”之外,患者目前还存在哪些护理诊断?(至少写出 3 个)

(2)针对清理呼吸道无效,应采取哪些护理措施?

【答案】

(1)主要护理诊断是: 气体交换受损; 活动无耐力; 体温过高。(答“睡眠型态紊乱”或“体液过多”也对)

(2)针对清理呼吸道无效,应采取以下护理措施。

一般护理:体位、环境、饮食、口腔护理。

遵医嘱用药及护理。

对咳嗽无效者,指导有效咳嗽、协助排痰。

对无力排痰者,叩击胸壁,震荡气道,协助痰液排出。

对痰液粘稠者,辅以超声雾化吸入或蒸汽吸入。

对痰量较多且排痰困难者,在协助排痰的同时应备好吸痰器和气管切开用物。

对因疼痛而惧怕咳嗽、咳痰者,给予心理安慰,按医嘱采取相应的止痛措施。

密切观察窒息先兆,一旦出现,立即报告医生,并协助抢救。

【例 16】(2011 年山东高考题)患者,男性,70 岁。慢性咳嗽、咳痰 30 余年,近 5 日加重,痰液脓性,粘稠不易咳出,伴活动后气喘。护理评估:体温 37.5℃,脉搏 85 次/分,呼吸 26 次/

分, 血压 130/85mmHg。口唇明显发绀, 颈静脉怒张, 双下肢水肿。辅助检查: 心电图示“肺型 P 波”。明确诊断为慢性支气管炎、肺源性心脏病。

请回答: (1) 该患者最主要的护理诊断。

(2) 该患者的主要护理措施。

【答案】

(1) 护理诊断如下。 清理呼吸道无效: 咳痰不畅, 与痰液粘稠有关。 低效型呼吸形态: 喘息、紫绀, 与呼吸道阻塞有关。 活动无耐力: 与缺氧有关。 体液过多: 与心功能减退有关。

(2) 护理措施: 促进有效排痰; 合理吸氧(或低流量低浓度吸氧); 适度休息与锻炼(或增加活动耐受性); 减轻或消除水肿; 加强病情观察; 预防 and 护理并发症; 用药护理; 健康教育。

【例 17】患者, 男性, 63 岁。咳嗽、咳痰伴喘息 20 余年, 活动后乏力、气促 5 年, 常自行服用抗生素治疗。近 3 天来症状加重, 咳黄色粘性痰, 不易咳出, 遂入院治疗。入院检查: 体温 38.7℃, 脉搏 96 次/分, 呼吸 22 次/分, 血压 130/85mmHg, 潮气量 350mL, 视诊桶状胸, 触觉语颤减弱, 叩诊过清音, 肺下界和肝浊音界下移, 听诊双肺湿啰音, 呼气时间延长, 肺动脉瓣区第二心音亢进。诊断为: 慢性支气管炎, 肺部感染, 慢性阻塞性肺气肿。

请写出: (1) 该患者护理诊断的名称。

(2) 帮助该患者排痰的护理措施。

【答案】(1) 护理诊断名称: 气体交换受损; 清理呼吸道无效; 体温过高; 活动无耐力; 知识缺乏。

(2) 排痰的护理措施: 指导患者有效咳嗽; 胸部叩击; 湿化气道(雾化吸入); 体位引流; 机械排痰(吸痰)。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 阻塞性肺气肿病人最典型的体征是( )。

- A. 紫绀
- B. 一侧呼吸运动减弱
- C. 桶状胸
- D. 呼气延长伴哮鸣音

2. 肺源性心脏病患者近 3 日来呼吸困难加重, 血气分析示  $\text{PaO}_2$  52mmHg,  $\text{PaCO}_2$  67mmHg, 此时给氧宜采用( )。

- A. 间歇给氧
- B. 酒精湿化给氧
- C. 低浓度持续给氧
- D. 高压给氧

3. 慢性肺源性心脏病患者发生呼吸衰竭时, 给予低浓度氧疗的依据是( )。

- A. 便于应用呼吸兴奋剂
- B. 慢性呼吸衰竭时, 呼吸中枢对二氧化碳的刺激仍很敏感
- C. 缺氧是维持病人呼吸的重要刺激因子
- D. 氧浓度大于 30% 易引起氧中毒

4. 下列最适用于慢性阻塞性肺气患者缓解期的措施是( )。

- A. 口服抗生素预防感染
- B. 应用止喘药
- C. 间断吸氧
- D. 增强体质和进行缩唇腹式呼吸

5. 下列对老人、体弱者慢性阻塞性肺病的治疗中不恰当的是 ( )。
- A. 急性发作期以抗感染治疗为主  
B. 痰液粘稠时可雾化吸入  
C. 应给予高蛋白、高维生素饮食  
D. 剧烈咳嗽时可用强镇咳剂缓解病人的痛苦
6. 男性, 50 岁, 慢性咳嗽咳痰 6 年。肺功能测定为阻塞性通气功能障碍。下列说法错误的是 ( )。
- A. 肺活量减低  
B. 残气量增加  
C. 残气容积占肺总量的百分比降低  
D. 第一秒用力呼气量减低
7. 男性, 51 岁, 慢性咳嗽、咳痰数年, 气急 2 年, 逐渐加重。X 线胸片示肋间隙增宽, 两肺透亮度增加, 右上圆形透亮区, 两下肺纹理增粗紊乱, 诊断应该首先考虑 ( )。
- A. 支气管哮喘  
B. 自发性气胸  
C. 支气管扩张  
D. 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿
8. 男性, 51 岁, 咳嗽, 咳痰史数十年, 每年持续 3 月以上, 活动后气急 3 年, 病情加重 2 天, 呼吸困难, 查体: 双肺叩诊过清音, 听诊双肺干湿啰音。为明确诊断应做 ( ) 检查。
- A. 胸部 X 线摄片  
B. 痰细菌学检查  
C. 肺功能测定  
D. 血常规检查
9. 男性, 60 岁, 咳嗽 5 年, 呼吸困难加重 7 天, 桶状胸, X 线示: 肺透过度增强, 肋间隙增宽, 横膈下降。RV/TLC=40, MVV 占预计值 50%, FEV1/FVC 为 55, 该患者最恰当的诊断为 ( )。
- A. 代偿性肺气肿  
B. 老年性肺气肿  
C. 阻塞性肺气肿  
D. 间质性肺气肿
10. 下列不是慢性支气管炎并发阻塞性肺气肿的 X 线表现的是 ( )。
- A. 早期可无异常  
B. 两肺多发性空洞  
C. 两肺纹理增粗紊乱  
D. 两肺透亮度增加
11. 阻塞性肺气肿的治疗目的是 ( )。
- A. 控制感染  
B. 止咳平喘  
C. 改善呼吸功能  
D. 使桶状胸消失
12. 慢性阻塞性肺疾病包括 ( )。
- A. 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、囊性肺纤维化  
B. 具有气流阻塞特征的所有慢性肺疾病  
C. 具有气流阻塞特征的慢性支气管炎和 (或) 阻塞性肺气肿  
D. 已知病因并有气流阻塞的一些疾病, 如闭塞性细支气管炎
13. 女性, 63 岁, 经常在冬季和季节转变时咳嗽, 咳痰史 8 年, 近 3 年来活动时气急, 近两天因受凉咳嗽, 气急加重, 咳黄痰, 双肺散在干、湿性啰音, 心率 100 次/分, 下列治疗措施最重要的是 ( )。
- A. 持续低流量吸氧  
B. 使用氨茶碱等平喘药  
C. 选用氨溴索等祛痰药  
D. 选用有效抗菌药
14. 慢性阻塞性肺疾病肺气肿的体征, 下列不正确的是 ( )。

- A. 呼气时间延长 B. 呼吸音减低 C. 心音遥远 D. 胸膜摩擦音
15. 诊断慢性阻塞性肺气肿最有意义的肺功能检查结果是 ( )。
- A. 残气量/肺总量增加 B. 肺总量增加  
C. 时间肺活量减低 D. 最大通气量减少
16. 慢性支气管炎肺气肿患者出现 ( ) 提示右心室肥大。
- A. 肺动脉瓣区第二心音亢进 B. 活动后呼吸困难  
C. 剑突下心脏搏动 D. 双肺闻及哮鸣音及湿啰音
17. 肺源性心脏病心电图诊断的主要依据为 ( )。
- A. 窦性心律不齐 B. QRS 波群低电压 C. 左心室肥大 D. 肺型 P 波
18. 慢性肺源性心脏病急性加重期使用利尿剂, 可能引起 ( )。
- A. 低钾低氯性碱中毒 B. 代谢性酸中毒  
C. 呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒 D. 稀释性低钠血症
19. 下列属于阻塞性肺气肿并发症的是 ( )。
- A. 急性上呼吸道感染 B. 急性支气管炎  
C. 肺部急性炎症 D. 自发性气胸
20. 肺源性心脏病急性加重期的治疗关键是 ( )。
- A. 积极控制感染, 解除支气管痉挛, 改善通气功能  
B. 强心, 利尿  
C. 利用呼吸机改善呼吸功能  
D. 纠正电解质紊乱
21. 慢性支气管炎合并阻塞性肺气肿的主要临床表现是 ( )。
- A. 心悸 B. 哮喘  
C. 突然发作呼吸困难 D. 进行性呼吸困难
22. 肺源性心脏病肺动脉高压形成的最主要因素是 ( )。
- A. 继发性红细胞增多  
B. 血液粘稠度增加  
C. 肺部毛细血管微小栓子形成  
D. 缺氧及二氧化碳潴留引起肺小血管收缩痉挛
23. 肺源性心脏病导致心力衰竭的最主要原因是 ( )。
- A. 心肌缺血、缺氧 B. 血容量增多  
C. 肺动脉高压超过右心负荷 D. 水、电解质紊乱
24. 诊断早期肺源性心脏病的主要依据是 ( )。
- A. 发绀 B. 呼吸困难  
C. 两肺干湿啰音及阻塞性肺气肿体征 D. 肺动脉高压及右心室增大征象
25. 肺源性心脏病的首要死亡原因是 ( )。
- A. 休克 B. 肺性脑病 C. 上消化道出血 D. 水、电解质平衡失调
26. 大咯血时最危险的并发症是 ( )。
- A. 肺部感染 B. 贫血 C. 出血性休克 D. 窒息
27. 诱发肺源性心脏病心功能失代偿的最常见的原因是 ( )。

- A. 过度劳累      B. 补液过快      C. 呼吸道感染      D. 摄盐过多
28. 呼气性呼吸困难的原因是 ( )。
- A. 大气道阻塞      B. 小气道阻塞  
C. 呼吸膜面积减少      D. 呼吸肌受损
29. 呼吸衰竭病人发生肺性脑病的重要先兆变化是 ( )。
- A. 血压的变化      B. 呼吸的变化  
C. 瞳孔的变化      D. 神志与精神的变化
30. 慢性阻塞性肺疾病发生和加重的主要原因是 ( )。
- A. 吸烟      B. 感染      C. 粉尘刺激      D. 寒冷

## 二、简答题

1. 简述慢性肺源性心脏病急性加重期的治疗原则。
2. 肺源性呼吸困难分几类？各有何特点？
3. 图 2-4 见于何种疾病？有哪些主要的临床表现？



图 2-4 第 3 题图

## 三、综合分析题

患者，男 70 岁，有慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病病史 10 年，3 天前由于“感冒”出现气喘加剧，不能平卧，入院前一天出现烦躁、嗜睡、谵妄状态，急诊入院，体检：体温 37.8℃，脉搏 110 次/分，呼吸 32 次/分，血压 135/85mmHg，慢性病容，呼吸急促，桶状胸。血气分析  $\text{PaO}_2$  45mmHg、 $\text{PaCO}_2$  65mmHg，诊断为呼吸衰竭。

- 问：(1) 该患者为哪种类型的呼吸衰竭？  
(2) 此患者可否氧疗？呼吸衰竭氧疗的适应症有哪些？  
(3) 呼吸衰竭病人氧疗原则是什么？停止氧疗的指征有哪些？

## 第二节 支气管哮喘病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握支气管哮喘的主要病因、护理评估和护理措施。
2. 理解支气管哮喘的发病机制、主要的护理诊断和治疗要点。
3. 了解支气管哮喘的概念。



## 知识梳理

### 一、概述

支气管哮喘（简称哮喘）是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和 T 淋巴细胞等多种细胞参与的气道慢性炎症。这种炎症使易感者对各种激发因子具有气道反应性增加，通常出现广泛多变的可逆性气流受限。**临床上表现反复发作性的喘息、呼气性呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状。常在夜间或清晨加重**，多数患者可自行缓解或经治疗后缓解，哮喘长期反复发作可并发阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病。支气管哮喘是一种常见病。一般认为儿童患病率高于青壮年，老年人群的患病率有增高的趋势，发达国家高于发展中国家，城市高于农村。约 40% 的患者有家族史。

### 二、发生机制

支气管哮喘的发病机制非常复杂，变态反应、气道炎症、气道反应性增高和神经等因素及其相互作用被认为与支气管哮喘的发生关系密切。免疫介导气道慢性炎症是支气管哮喘发生的本质。炎症持续存在，使气道对各种刺激因子出现过强或过早的收缩反应，称气道高反应性，是支气管哮喘病理生理改变的重要特征。气道高反应性受遗传因素影响，常有家族倾向。此外，神经功能失调，如  $\beta$  肾上腺素受体功能低下和迷走神经张力亢进，也被认为是支气管哮喘发病的重要环节。

### 三、护理评估

#### （一）健康史

详细询问与支气管哮喘有关的病因和诱因，如是否吸入各种特异性和非特异性变应原（花粉、虫螨、真菌、动物毛屑、工业粉尘、刺激性气体等）；有无感染史（细菌、病毒、原虫、寄生虫等）；发病前是否进食鱼、虾、蟹、蛋类、牛奶等食物或服用普萘洛尔、阿司匹林等药物；有无气候变化、受凉、剧烈运动、妊娠，以及激动、烦躁不安、焦虑等精神因素；有支气管无哮喘家族史等。

#### （二）身体状况

（1）症状发作前常有先兆症状，鼻及眼睑发痒、干咳、打喷嚏、流泪等。典型表现为**发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽**。严重者被迫采取坐位或呈端坐呼吸，干咳或咳大量白色泡沫样痰，甚至出现发绀等。部分病人咳嗽为唯一症状（咳嗽变异性支气管哮喘）。支气管哮喘可在数分钟内发作，经数小时至数天，用支气管舒张药缓解或自行缓解。夜间和凌晨发作或加重是支气管哮喘的特征之一。有些青少年表现为运动时出现胸闷、咳嗽和呼吸困难，称运动性支气管哮喘。

（2）体征发作时胸部呈过度充气状态，呼气延长，双肺闻及广泛哮鸣音。但严重支气管哮喘发作时，哮鸣音可不出现（**寂静胸**），伴心率增快、奇脉、胸腹反常运动和发绀。非发作期可无异常体征。

（3）支气管哮喘的分期。支气管哮喘可分为急性发作期、慢性持续期和缓解期。急性发作期是指气促、胸闷、咳嗽等症状突然发生或加剧，常有呼吸困难，以呼气流量降低为其特征，多因接触变应原等刺激物或治疗不当而诱发。慢性持续期指支气管哮喘病人虽无急性发作，但在相当长的时间内仍有不同频度和（或）不同程度的支气管哮喘症状出现（喘息、咳嗽、胸闷等）。缓解期指经过治疗或未经治疗，症状、体征消失，肺功能恢复到急性发作前水平，并持续 4 周以上。



(4) 并发症。支气管哮喘发作时可并发自发性气胸、纵隔气肿及肺不张；长期反复发作和感染者的并发慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病。

### (三) 心理—社会状况

支气管哮喘发作时出现呼吸困难、濒死感，易导致病人精神紧张、烦躁，甚至恐惧，若支气管哮喘连续发作，病人易对家属、医护人员或平喘药物产生依赖心理；症状缓解后，病人常担心支气管哮喘复发、不能痊愈而影响工作和生活；由于支气管哮喘病情反复发作，需长期甚至终身治疗，可加重病人及家属精神和经济负担，使其产生悲观情绪。

## 四、辅助检查

(1) 痰液检查。痰涂片可见嗜酸性粒细胞增多。

(2) 呼吸功能检查。通气功能检测：哮喘发作时呈阻塞性通气功能障碍，缓解期通气功能指标可逐渐恢复。支气管激发试验：用以测定气道反应性。吸入激发剂（醋甲胆碱、组胺）后支气管哮喘病人通气功能下降，气道阻力增加。支气管舒张试验：用以测定气道气流受限的可逆性。呼气峰值流速（PEF）及其变异率测定：用以反映气道通气功能的变化。

(3) 动脉血气分析。哮喘发作时， $\text{PaO}_2$  不同程度降低。轻、中度哮喘，由于过度通气可使  $\text{PaCO}_2$  下降，pH 上升，表现为呼吸性碱中毒，重度支气管哮喘导致气道严重阻塞时， $\text{PaCO}_2$  上升，可出现呼吸性酸中毒，如缺氧明显可合并代谢性酸中毒。

(4) 胸部 X 线检查。哮喘发作时两肺野透亮度增加，呈过度充气状态；合并感染时，可见肺纹理增强和炎性浸润阴影。缓解期多无明显异常。

(5) 特异性变应原的检测。用可疑变应原进行皮肤变应原测试，可寻找过敏原，指导脱敏治疗，并有助于减少病人对变应原的接触。

## 五、治疗要点

目前尚无特效治疗方法。治疗的目的是控制症状，防止不可逆气道阻塞，尽可能保持肺功能正常，维持正常活动能力。目前，寻找引起支气管哮喘发作的变应原或其他非特异性刺激因素，**立即使病人脱离变应原接触是防治哮喘最有效的方法**；缓解哮喘发作的药物有  $\beta_2$  肾上腺素受体激动剂、茶碱类和抗胆碱药；控制哮喘发作的药物有糖皮质激素、白三烯调节剂（扎鲁司特、孟鲁司特）、色苷酸钠、酮替酚和其他 H<sub>1</sub> 受体拮抗剂（阿司咪唑），其中**糖皮质激素是目前控制哮喘发作最有效的药物**，其主要机制为抑制炎性细胞的迁移和活化，抑制炎症介质释放，控制气道慢性非特异性炎症，增强平滑肌  $\beta_2$  受体的反应性。部分支气管哮喘病人可行免疫疗法，采用特异性变应原（如螨、花粉、猫毛等）做定期反复皮下注射，剂量由低至高，以产生免疫耐受性，使病人脱（减）敏；或采用非特异性免疫疗法，如注射卡介苗、转移因子、疫苗等生物制品抑制变应原反应的过程。

## 六、护理诊断及合作性问题

- (1) 低效性呼吸形态与支气管痉挛、气道炎症、气道阻力增加有关。
- (2) 清理呼吸道无效与支气管粘膜水肿、分泌物增多、痰液粘稠、无效咳嗽有关。
- (3) 知识缺乏：缺乏正确使用定量吸入器和如何避免接触变应原的相关知识。
- (4) 潜在并发症：自发性气胸、肺不张、阻塞性肺气肿、支气管扩张、慢性肺源性心脏病。

## 七、护理措施

### （一）一般护理

（1）环境与体位。提供安静、舒适、温湿度适宜的环境，保持室内空气清洁、流通。室内不宜放置花草，不用羽绒制品、羊毛毯，不养宠物。避免接触一切可疑变应原，有明确过敏原者，应尽快脱离：支气管哮喘发作时，协助病人采取舒适的半卧位或坐位，对端坐呼吸者提供床旁桌支撑，以减少体力消耗。

（2）饮食护理。发作期病人以清淡、易消化、高维生素、足够热量的流质、半流质食物为主，避免进食硬、冷、油腻食物，忌食易致过敏的食物，如鱼、虾、蟹、蛋类、乳制品等。戒烟、酒。对呼吸明显增快、出汗、痰液粘稠的病人鼓励其多饮水，每日饮水 2500~3000mL 或遵医嘱静脉补液，以纠正脱水，稀释痰液。

（3）氧疗护理。支气管哮喘发作时病人常伴有不同程度的低氧血症，应遵医嘱给予鼻导管或面罩吸氧，吸氧流量为 1~3L/分，吸氧浓度一般不超过 40%。吸氧时应注意呼吸道湿化，避免干燥、寒冷的气流刺激而导致气道痉挛。在给氧过程中，监测病人意识状态和动脉血气分析，若病人出现神志改变，或  $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$  时，应准备进行机械通气。

（4）口腔与皮肤护理。支气管哮喘发作时，病人常会大量出汗，应每日用温水擦浴，勤换衣服和床单，保持皮肤的清洁、干燥和舒适。协助并鼓励病人咳嗽后用温水漱口，保持口腔清洁。

### （二）病情观察

支气管哮喘常在夜间发作，夜班护士应加强巡视和观察，注意支气管哮喘发作的前驱症状。支气管哮喘发作时，观察病人呼吸的频率、节律、深度、辅助呼吸肌是否参与呼吸运动、意识状况，以及痰液粘稠度和咳嗽的能力等，监测呼吸音、哮鸣音变化，监测动脉血气分析和肺功能情况，以评估病情严重程度和治疗效果。

### （三）对症护理

鼓励病人多饮水，痰液粘稠者可定时给予蒸汽或氧气雾化吸入。指导病人进行有效咳嗽、协助拍背，以利于痰液排出。无效者可用负压吸引器吸痰。

### （四）用药护理

#### 1. 支气管哮喘的常用药物、用药方法及不良反应

支气管哮喘的用药方法包括定量气雾剂吸入（MDI）、干粉吸入、持续雾化吸入，也可采用口服或静脉注射。由于吸入法给药，药物直接作用于呼吸道，局部浓度高且作用迅速，全身不良反应小，常为首选用药途径。

#### 2. 指导病人掌握定量雾化吸入器和干粉吸入器的使用方法

（1）定量雾化吸入器（MDI）：MDI 的正确使用是保证吸入治疗成功的关键。吸入过程中需要病人协调呼吸动作，护士应先为病人演示，再指导病人反复练习，直至完全掌握。用药时先打开盖子，摇匀药液，深呼气至不能再呼时张口，将 MDI 喷嘴置于口中，双唇包住咬口，以慢而深的方式经口吸气，同时用手指按压喷药，至吸气末屏气 10 秒，使较小的雾粒沉降在气道远端，然后缓慢呼气，休息 3 分后可再重复使用 1 次。对不易掌握 MDI 吸入方法的儿童或重症病人，可在 MDI 上加储药罐，简化操作，增加吸入到下呼吸道和肺部的药量，避免雾滴在口咽部沉积引起刺激，增加雾化吸入疗效。MDI 的使用方法如图 2-5 所示。

（2）干粉吸入器：较常使用的有蝶式吸入器、都宝装置和准纳器。护士应指导病人将药物正确放入干粉吸入器，吸入前先呼气，然后用口唇含住吸嘴用力深吸气，屏气 5~10 秒。

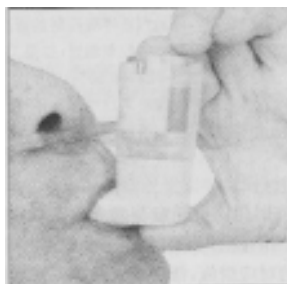


图 2-5 MDI 的使用方法

### (五) 心理护理

对急性发作期病人，护士应加强巡视，多陪伴、安慰病人，使病人产生信任 and 安全感，减轻紧张、恐惧心理。支气管哮喘反复发作者可有抑郁、焦虑、性格改变和社会适应能力下降的表现，应指导亲属多关心、支持病人，病情许可时，鼓励病人参加体育锻炼和社会活动，以减轻病人的不良情绪反应。

## 八、健康指导

(1) 疾病知识指导。向病人介绍支气管哮喘的基本知识，帮助病人寻找并尽量避开变应原。居室内不放置花草，不饲养宠物，不使用地毯、羊毛及羽绒制品，经常清洗床上用品，保持室内空气清新；避免接触可能诱发哮喘的药物；避免食用易导致过敏及辛辣、刺激性食物，戒烟酒；避免强烈的精神刺激、剧烈运动和持续喊叫等过度换气动作；避免接触刺激性气体，冬季外出戴围巾和口罩，避免冷空气刺激在缓解期应加强体育锻炼和耐寒锻炼，以增强体质。对某些无法回避的过敏原，如粉尘、花粉、尘螨等，可采用脱敏疗法或迁移治疗。

(2) 自我监测病情。指导病人识别支气管哮喘发作的先兆表现和支气管哮喘加重的征象，学会支气管哮喘发作时的紧急自我处理方法。做好支气管哮喘记录或写支气管哮喘日记，有条件者利用峰流速仪来监测自我的最大呼气峰流速值 (PEFR)，为治疗和预防提供参考资料。

(3) 用药指导。与病人共同制订长期管理和防治计划，依据支气管哮喘的分期、分度遵医嘱用药。指导病人了解所用药物的名称、剂量、用法及注意事项，了解药物的主要不良反应及采取的对应措施，帮助病人及家属掌握药物吸入技术。嘱病人随身携带支气管舒张剂，出现支气管哮喘发作先兆时，立即吸入并保持平静，以减轻支气管哮喘的发作。



### 高考链接

【例 1】(2010 年山东高考题) 关于沙丁胺醇治疗支气管哮喘的表述，错误的是 ( )。

- A. 首选吸入法给药
- B. 长期用药可产生良好效果
- C. 不宜单一、大量使用
- D. 宜与吸入激素等药物配伍使用

【分析】沙丁胺醇为  $\beta$  受体激动剂，用药时首选吸入法给药；用药不宜长期、单一、大量使用；宜与吸入激素等药物配伍使用；静脉注射时注意控制滴速。

【答案】B

【例 2】(2012 年山东高考题) 下列药物中，支气管哮喘病人慎用的是 ( )。

- A. 布地奈德
- B. 氨茶碱
- C. 普萘洛尔
- D. 沙丁胺醇

【分析】普萘洛尔为  $\beta_2$  受体阻滞剂，能阻滞支气管平滑肌的  $\beta_2$  受体，引起支气管平滑肌痉挛，诱发或加重支气管哮喘，故应慎用。

【答案】C

【例 3】(2013 年山东高考题) 控制支气管哮喘发作最有效的药物是 ( )。

A. 糖皮质激素      B. 氨茶碱      C. 能受体拮抗剂      D. 受体激动剂

【分析】糖皮质激素有抗炎、抗过敏作用，可提高 cAMP/cGMP 比值，松弛支气管平滑肌，是控制支气管哮喘发作最有效的药物。

【答案】A

【例 4】(2015 年山东高考题) 预防支气管哮喘发作最有效的方法是 ( )。

A. 应用抗生素      B. 应用吗啡      C. 避免接触变应原      D. 吸氧

【分析】寻找引起支气管哮喘发作的变应原或其他非特异性刺激因素，立即使病人脱离变应原接触是防治支气管哮喘最有效的方法。

【答案】C

【例 5】(2014 年山东高考题) 患者，男性，12 岁。近日因天气寒冷，出现鼻咽发痒、打喷嚏等症状。夜间加重，出现呼吸困难，端坐张口呼吸，口唇发绀，大汗淋漓。体检：体温  $37.5^{\circ}\text{C}$ ，脉搏 120 次/分，呼吸 30 次/分，血压 140/90mmHg，胸部广泛哮鸣音。血液检查：嗜酸性粒细胞增多。肺部 X 线检查：两肺野透亮度增加。诊断为：支气管哮喘急性发作。

请回答：(1) 该病的特征性临床表现。

(2) 该病的治疗原则。

(3) 目前控制该病发作最有效的药物是什么？

【分析】

(1) 支气管哮喘急性发作是气道痉挛狭窄所致，特别在呼气时气阻塞较重，因此，特征性的临床表现是发作性带有哮鸣音的呼气性呼吸困难。

(2) 该患者支气管哮喘急性发作的激发因素包括冷空气及感染，因此治疗时不但要控制症状，还需脱离变应原及控制感染，以免加重病情或反复发作。

(3) 糖皮质激素具有抗炎、抗过敏、降低气道高反应性及提高气道平滑肌细胞  $\beta_2$  受体的反应性，因此是目前控制该病发作最有效的药物。

【答案】

(1) 特征性临床表现：发作性带有哮鸣音的呼气性呼吸困难。

(2) 治疗原则：控制症状；防止病情恶化；脱离变应原；药物治疗；其他治疗，促进排痰；积极控制感染；对症治疗；缓解期治疗。

(3) 糖皮质激素。



## 反馈训练

### 一、单项选择题

1. 支气管哮喘的临床特征主要是 ( )。

- A. 吸气性呼吸困难
- B. 反复发作，阵发性，呼气性呼吸困难
- C. 反复发作，混合性呼吸困难

- D. 夜间阵发性呼吸困难
2. 支气管哮喘发作时肺部典型体征是 ( )。
- A. 两肺密布湿性啰音                      B. 两肺密布哮鸣音  
C. 干湿啰音同时存在                      D. 两肺可听到支气管呼吸音
3. 诊断支气管哮喘的依据是 ( )。
- A. 血中嗜酸粒细胞增多  
B. 有阻塞性通气功能障碍  
C. 血清 IgE 升高  
D. 反复发作性呼气性呼吸困难伴哮鸣音
4. 支气管哮喘发作禁用 ( )。
- A. 麻黄碱                      B. 肾上腺素                      C. 吗啡                      D. 氨茶碱
5. 中重度支气管哮喘发作首选治疗药物是 ( )。
- A. 茶碱类                      B. 糖皮质激素  
C.  $\beta$  受体激动剂                      D. 抗胆碱能类
6. 重症支气管哮喘发作时, 除吸氧外, 应首先采取的措施是 ( )。
- A. 尽可能找出过敏原, 除去诱因或进行抗原脱敏疗法  
B. 采用拟交感神经药、抗生素和促肾上腺皮质激素  
C. 积极应用免疫抑制剂, 色甘酸二钠, 必要时用菌苗疗法  
D. 改善通气, 支气管解痉, 控制感染, 纠正水、电解质及酸碱平衡失调, 应用糖皮质激素
7. 主要作用于  $\beta_2$  肾上腺素能受体的支气管解痉药是 ( )。
- A. 肾上腺素                      B. 异丙基肾上腺素  
C. 氨茶碱                      D. 沙丁胺醇
8. 支气管哮喘严重发作时, 下列不是通气不足的可靠指标的是 ( )。
- A. 弥漫性哮鸣音                      B. 呼气性呼吸困难  
C.  $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$                       D.  $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$
9. 男性, 19 岁, 气喘半日, 每年春秋季节有类似发作, 体温  $36.5^\circ\text{C}$ , 端坐呼吸, 两肺广泛哮鸣音, 白细胞计数  $7.6 \times 10^9/\text{L}$ , 中性粒细胞比例 0.76, 最可能的诊断是 ( )。
- A. 喘息型慢性支气管炎                      B. 支气管哮喘  
C. 过敏性肺炎                      D. 急性支气管炎
10. 男性, 18 岁, 反复喘息发作 2 年, 常在春季发病, 为突然发作呼吸困难, 每次发作 1~2 小时, 经咳嗽出白色粘痰后症状缓解, 血象检查: 嗜酸粒细胞增多, IgE 增高, 应诊断为 ( )。
- A. 感染型支气管哮喘                      B. 心源性哮喘  
C. 过敏型哮喘                      D. 混合型支气管哮喘
11. 男性, 44 岁, 工人, 自诉幼年前, 不慎感冒而咳嗽, 咳痰, 一周后发生气短, 喘息, 以后每逢气候改变或精神激动时, 即发生气喘及咳嗽, 闻油烟也有阵发, 20 年来经抗生素治疗无效, 查体: 桶胸, 两肺散在高调干啰音, 心脏无显著改变, 原发病考虑 ( )。
- A. 急性支气管炎                      B. 慢性支气管炎  
C. 过敏性肺炎                      D. 支气管哮喘

12. 支气管哮喘典型的临床症状是 ( )。
  - A. 胸闷
  - B. 胸痛
  - C. 咯血
  - D. 反复发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难
13. 引起支气管哮喘气流受限的原因不包括 ( )。
  - A. 气道粘膜水肿
  - B. 腺体分泌亢进及粘液清除障碍
  - C. 气道壁炎性细胞浸润
  - D. 肺泡弹性回缩力下降及肺泡破坏
14. 参与速发型支气管哮喘的主要免疫炎症细胞为 ( )。
  - A. 肥大细胞
  - B. 血小板
  - C. 巨噬细胞
  - D. 中性粒细胞
15. 中度支气管哮喘发作时下述检测结果可能有误的是 ( )。
  - A.  $\text{PaCO}_2$  降低
  - B.  $\text{PaCO}_2$  降低
  - C. pH 降低
  - D.  $\text{PaCO}_2$  升高
16. 下面有关支气管哮喘特征的描述中不准确的是 ( )。
  - A. 凡气道高反应性者都是支气管哮喘
  - B. 不同程度的可逆性气道阻塞
  - C. 反复发作性呼气性呼吸困难
  - D. 典型发作时可闻及哮鸣音
17. 支气管哮喘发作不会出现 ( )。
  - A.  $\text{FEV}_1/\text{FVC}$  下降
  - B.  $\text{PEER}$  降低
  - C. RVF、RC 增加
  - D.  $\text{DLCO}$  增加
18. 支气管哮喘急性发作患者血气分析  $\text{PaCO}_2$  增高提示 ( )。
  - A. 出现呼吸性碱中毒
  - B. 病情好转
  - C. 病情恶化
  - D. 没有临床意义

## 二、简答题

1. 简述支气管哮喘病人氧疗的护理。
2. 简述支气管哮喘时糖皮质激素首选的给药方法及注意事项？

## 第三节 肺炎病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握肺炎的分类、主要病因、护理评估和护理措施。
2. 理解肺炎的发病机制、主要的护理诊断和治疗要点。
3. 了解肺炎的概念。



### 知识梳理

#### 一、概述

肺炎是指终末气道、肺泡和肺间质的炎症，可由病原微生物、理化因素、免疫损伤等引起，

是呼吸道的常见病和多发病。肺炎有多种分类方法。

(1) 按解剖部位分类：分为大叶性（肺泡性）肺炎、小叶性（支气管性）肺炎和间质性肺炎。

(2) 按病因分类：分为细菌性肺炎、非典型病原体所致肺炎（如支原体、军团菌、衣原体等）、病毒性肺炎、真菌性肺炎、其他病原体所致肺炎（如立克次体、弓形虫、寄生虫等）和理化因素所致肺炎，其中以细菌性肺炎最常见。

(3) 按患病环境和宿主状态分类：分为社区获得性肺炎和医院获得性肺炎。

本节主要介绍肺炎球菌肺炎病人的护理。

肺炎球菌肺炎是由肺炎球菌引起的、以肺实变为特征的肺炎，是最常见的感染性肺炎。典型表现为突然起病、寒战高热、咳嗽、咳铁锈色痰、胸痛。发病以冬季与初春多见，病人常为既往健康的青壮年、老年或婴幼儿，男性较多见。近年来因抗生素及时有效的应用，典型者已日趋少见。少数情况下可发生菌血症或感染性休克，甚至危及生命。

## 二、发病机制

肺炎球菌是寄居在口腔及鼻咽部的正常菌群，当机体免疫功能降低或受损时，如慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、肿瘤、心力衰竭及应用免疫抑制剂等，有毒力的肺炎球菌侵入机体而致病。典型病理改变分为4期：充血水肿期、红色肝样变期、灰色肝样变期及溶解消散期，如表2-1所示。病变消散后肺组织结构多无损坏，不留纤维瘢痕。

表 2-1 肺炎球菌肺炎病理改变期

项目	充血水肿期	红色肝样变期	灰色肝样变期	溶解消散期
病程	发病后 1~2 天	发病后 3~4 天	发病后 5~6 天	发病后 7 天
肉眼	肺肿大，暗红色	肺肿大，暗红色，质实如肝	肺肿大，灰白色，质实如肝	肺质地变软
镜下	(1) 肺泡壁毛细血管扩张充血 (2) 肺泡内浆液性渗出	(1) 肺泡壁毛细血管扩张充血 (2) 纤维素及大量红细胞渗出	(1) 肺泡壁毛细血管受压塌陷 (2) 纤维素及大量中性粒细胞渗出	(1) 中性粒细胞变性坏死 (2) 纤维素溶解吸收 (3) 肺组织完全恢复正常结构和功能
胸片	片状模糊阴影	大片致密阴影	大片致密阴影	恢复正常
临床	寒战、高热、白细胞升高	发绀等缺氧症状 铁锈色痰 胸痛	全身症状减轻 缺氧症状缓解 粘液脓性痰	症状和体征逐渐减轻、消失

## 三、护理评估

### (一) 健康史

询问病人发病前是否有上呼吸道感染史，有无淋雨、受凉、疲劳、醉酒及大手术等诱因；是否有慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、肿瘤及心力衰竭等慢性病史；有无器官移植、应用免疫抑制剂或长期应用抗生素史；是否吸烟及吸烟量。

## （二）身体状况

### 1. 症状

自然病程多 1~2 周。

（1）全身症状：起病急骤，畏寒或寒战、高热，体温在数小时内升至 39 ~ 40 ，呈稽留热。头痛、全身肌肉酸痛。食欲明显减退，少数病人出现恶心、呕吐、腹痛、腹胀或腹泻，可被误诊为急腹症。

（2）呼吸道症状：早期有干咳，渐有少量粘液痰，之后出现脓痰，典型者咳铁锈色痰或痰中带血。患侧胸部刺痛、咳嗽或深呼吸时加剧，疼痛可放射至肩部或上腹部。

### 2. 体征

急性病容，鼻翼扇动，口角和鼻周有单纯疱疹，严重时可有发绀。早期肺部可无明显体征。肺实变时，语颤增强，叩诊呈浊音或实音，听诊闻及病理性支气管呼吸音。消散期可闻及湿啰音。累及胸膜时，可闻及胸膜摩擦音。

### 3. 休克型肺炎

感染严重者可并发感染性休克。表现为面色苍白、皮肤粘膜发绀或皮肤花斑、四肢厥冷、血压下降、心动过速、烦躁及意识模糊等周围循环衰竭征象，高热、胸痛、咳嗽等症状并不明显。肺部听诊呼吸音低或闻及少量湿啰音，可有或无肺实变体征。

## （三）心理-社会状况

由于起病急骤，短时间内出现高热等全身中毒症状，或伴胸痛、呼吸急促，病人及家属常会出现烦躁不安和焦虑；伴感染性休克等严重并发症时，常有紧张、忧虑甚至恐惧情绪。

## 四、辅助检查

（1）血常规。白细胞计数  $(10 \sim 20) \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比例多在 80% 以上，伴核左移，细胞内可见中毒颗粒。

（2）痰液检查。痰涂片做革兰染色发现革兰染色阳性菌，或做荚膜染色发现带荚膜的双球菌，可做出初步的病原诊断。痰培养 24~48 小时可以确定病原体。痰培养标本应在抗生素应用之前采集。

（3）X 线检查。早期仅见肺纹理增粗。典型表现为与肺叶、肺段分布一致的大片炎症浸润阴影或实变影，在实变阴影中可见支气管充气征。病变累及胸膜时，可有肋膈角变钝或少量胸腔积液征象。

## 五、治疗要点

肺炎球菌肺炎的治疗原则为积极控制感染、对症治疗及处理并发症。肺炎球菌肺炎首选青霉素 G，抗菌治疗的标准疗程一般为 14 天。并发感染性休克时，除早期使用足量、有效的抗菌药物之外，尚需采取补充血容量、纠正酸中毒、应用血管活性药物和糖皮质激素等多项抗休克措施。

## 六、护理诊断及合作性问题

- （1）体温过高：与细菌引起肺部感染有关。
- （2）急性疼痛：胸痛，与肺部炎症累及胸膜有关。
- （3）气体交换受损：与肺部炎症导致呼吸面积减少有关。
- （4）潜在并发症：休克型肺炎。



## 七、护理措施

### （一）一般护理

（1）休息与体位。发热病人应卧床休息，协助病人采取高枕卧位或半卧位，以减少组织对氧的消耗，缓解头痛、周身酸痛等症状。有胸痛者可采取患侧卧位，降低患肺活动度，减轻不适，并有利于健侧肺通气。

（2）饮食护理。给予足够热量、高蛋白和高维生素、易消化的流质或半流质饮食，宜少量多餐，避免腹胀加重呼吸困难。鼓励病人多饮水，每天 1000 ~ 2000mL 以补充发热、呼吸急促丢失的水分，加快毒素排泄和热量散发，并利于排痰。高热及暂时不能进食者则需静脉补液，滴速不宜过快，尤其是老人或心脏病病人，以免引起肺水肿。

（3）口腔护理。高热病人唾液分泌减少，消化功能障碍，易出现口唇干裂、口周疱疹或口腔溃疡，应鼓励病人经常漱口，保持口腔清洁、湿润、舒适。口周疱疹者局部涂抗病毒软膏，防止继发感染。

### （二）病情观察

严密监测并记录生命体征，尤其对儿童、老年人或久病体弱者，警惕休克型肺炎的发生。发现休克型肺炎征象，立即报告医师并配合抢救。

### （三）对症护理

畏寒、寒战时注意保暖，适当增加被褥；高热时物理降温，使体温逐渐下降，不宜使用阿司匹林或其他解热药，防止大量出汗和虚脱；明显腹胀的病人，给予腹部热敷或肛管排气；气急发绀者，遵医嘱吸氧，氧流量一般为 4 ~ 6L/分，若为慢性阻塞性肺疾病病人，应低流量、低浓度持续吸氧。

### （四）用药护理

遵医嘱使用抗生素，注意观察疗效和不良反应。

（1）青霉素：用药前应详细询问过敏史，凡对青霉素类药物过敏的病人，禁止使用此类药物，并不再做皮肤过敏试验，以免发生意外。有药物过敏或药疹史者，应在病历卡的显著部位标明禁用此类药物。

（2）红霉素：用药后可引起腹痛、恶心、呕吐、腹泻和注射部位刺激、疼痛或静脉炎，滴注速度不宜过快、药物浓度不宜过高。

（3）头孢菌素类：与青霉素类有不完全的交叉过敏反应，对青霉素过敏或过敏体质者慎用。

（4）喹诺酮类：偶有恶心、皮疹、头痛或精神症状，有癫痫病史者慎用。

### （五）休克型肺炎的护理

（1）一般护理。安置病人仰卧中凹位，头胸部抬高 20°、下肢抬高 30°，以利于呼吸和静脉回流。尽量减少搬动，注意保暖（忌用热水袋，以防血管扩张致血压下降），高流量吸氧。

（2）补充血容量。迅速建立两条静脉通道。第一条静脉通道首先输入低分子右旋糖酐或平衡盐液，可加入糖皮质激素和抗生素；另一条静脉通道先输入 5%NaHCO<sub>3</sub>，再应用多巴胺、间羟胺等血管活性药物。在快速扩容过程中应注意观察脉率、呼吸频率、肺部啰音、出入量等，以防诱发肺水肿，必要时在中心静脉压监测下进行调整。应用多巴胺、间羟胺过程中应注意保持输液通道通畅、防止药液溢出血管外，以免引起局部组织坏死和影响疗效。

（3）监测病情。严密监测病人的生命体征和病情变化。当病人神志逐渐清醒、表情安静、口

唇红润、脉搏有力、呼吸平稳、收缩压大于 90mmHg、尿量每小时超过 30mL、皮肤及四肢变暖时，表示病情已好转。

#### (六) 心理护理

护士应主动询问和关心病人的需求，鼓励病人说出内心感受，与病人进行积极有效的沟通。耐心给病人讲解疾病的相关知识，解释各种症状和不适的原因，说明各项检查、护理操作的目的、程序和配合要点，告知病人大部分肺炎球菌肺炎预后良好，消除病人焦虑、紧张情绪，树立治愈疾病的信心。

### 八、健康指导

(1) 疾病知识指导。向病人及家属介绍肺炎的病因及诱因。告知病人天气变化时要及时添加衣服，避免受凉、淋雨、酗酒和过度劳累，防止呼吸道感染。

(2) 生活指导。指导病人加强营养，适当参加体育锻炼，增强机体抵抗力。易感者注射流感疫苗、肺炎球菌疫苗，促进机体产生特异性免疫力。



#### 高考链接

【例 1】(2013 年山东高考题) 抗生素治疗肺炎球菌肺炎的停药指征是 ( )。

- A. 热退 1 周后
- B. 热退 3 天后
- C. 胸片炎变完全消退后
- D. 临床症状消失后

【分析】肺炎球菌肺炎治疗首选青霉素，可在退热后 3 天停药。

【答案】B

【例 2】(2015 年山东高考题) 不属于肺炎球菌肺炎典型表现的是 ( )。

- A. 触觉语颤减弱
- B. 起病急骤，寒战、高热
- C. 咳嗽、咳铁锈色痰
- D. 胸痛

【分析】肺实变时，语颤增强。

【答案】A

【例 3】(2012 山东省高考题) 患者，男性，18 岁。清明节假期里，与朋友骑单车郊游，被雨淋湿受凉，回家后夜间急性起病，寒战、高热，体温 2 小时内达到 39℃，刺激性咳嗽伴头痛、全身肌肉酸痛。第二天上午咳嗽明显加剧，咳铁锈色痰，在家口服感冒药治疗，未见好转，急诊入院。查体：体温 39℃，呼吸 21 次/分，脉搏 90 次/分，血压 120/80mmHg，急性病容。

请回答：(1) 该患者最可能的诊断。

(2) 该患者肺部查体常出现的异常体征。

(3) 如需明确诊断需要做哪些辅助检查。

(4) 该患者首选的治疗措施。

【分析】

(1) 患者既往身体健康；受凉出现寒战高热，咳嗽，咳铁锈色痰，为典型肺炎球菌性肺炎的表现。

(2) 肺炎球菌性肺炎表现为肺实变体征：视诊病变侧呼吸运动减弱；触诊触觉语增强；患处叩诊浊音；听诊患肺可闻及湿啰音。

(3) 确诊肺炎球菌肺炎，需检查血象（白细胞总数及中性粒细胞增多，核左移等）；痰液检查

(痰培养可检测到致病菌); X 线检查 (可见与肺叶、肺段一致的均匀的密度增高影)

(4) 肺炎球菌肺炎应给予抗生素治疗, 首选青霉素。

### 【答案】

(1) 肺炎球菌性肺炎。

(2) 视诊病变侧呼吸运动减弱; 触诊触觉语颤增强; 叩诊浊音; 听诊湿啰音。

(3) 血象 (或血液常规) 检查; 痰液检查; X 线检查。

(4) 抗生素治疗 (或首选青霉素 G)。



## 反馈训练

### 一、单项选择题

- 引起肺炎的病原体主要是 ( )。
  - 细菌
  - 病毒
  - 支原体
  - 真菌
- 肺炎球菌肺炎痊愈后, 一般肺部常遗留的病变是 ( )。
  - 轻微肺纤维化
  - 局限性肺气肿
  - 局部机化性肺炎
  - 完全吸收不留痕迹
- 对肺炎球菌肺炎的诊断最有价值的是 ( )。
  - 高热、咳铁锈色痰
  - 白细胞升高, 核左移, 胞浆有中毒颗粒
  - 胸片大片均匀致密影呈肺叶或肺段分布
  - 痰培养肺炎球菌阳性
- 一肺炎合并休克患者, 治疗后血压 96/66mmHg, 脉搏 96 次/分, 中心静脉压 14cmH<sub>2</sub>O, 尿比重 1.014, 尿量 15mL/时, 尿钠 40mmol/L, 肺毛细血管楔压 12mmHg, 可能为 ( )。
  - 电解质紊乱
  - 心衰
  - 血容量不足
  - 急性肾功衰竭
- 男性, 65 岁, 诊断肺炎球菌肺炎, 出现呼吸困难, 发绀、心悸, 心率 150 次/分, 第一心音低钝, 肝右肋下 3cm 软, 压痛 (+), 可能为 ( )。
  - 自发性气胸
  - 呼吸衰竭
  - 肺不张
  - 心衰
- 男性, 20 岁, 高热 4 天, 咳铁锈色痰, 查体左肺上部叩实, 呼吸音弱, 其胸片表现最大可能是 ( )。
  - 左上肺纹理增粗
  - 双肺散在片絮状影
  - 左上肺炎片状模糊影
  - 左上肺大片状均匀致密影
- 女性, 17 岁, 高热, 咳铁锈色痰, 右下肺部呼吸音弱, 以下选项不正确的是 ( )。
  - 卧床休息支持治疗
  - 首选青霉素
  - 青霉素过敏的选用红霉素
  - 用药后复查胸片, 阴影消散后停抗生素
- 女性, 20 岁, 劳累后畏寒高热, 右胸痛, 查体: 急性病容, 口周疱疹, 右肺中下部闻及管性呼吸音, 临床诊断右肺炎, 最可能的病原体是 ( )。
  - 肺炎支原体
  - 肺炎克雷白杆菌
  - 肺炎链球菌
  - 肺炎衣原体
- 男性, 55 岁, 因高热一天来诊, 查体: 精神萎靡, 四肢末梢凉, T36.9, BP80/50mmHg, 右肺下背部呼吸音弱, 闻啰音, 右上腹触痛 (±), 考虑诊断可能是 ( )。

- A. 急性胆道感染并感染性休克      B. 肺炎并感染性休克  
C. 肝脓肿并感染性休克      D. 右气胸并休克

10. 某肺炎球菌肺炎患者, 胸片示右上肺大片实变阴影,  $\text{pH} 7.49$ ,  $\text{PaCO}_2 30\text{mmHg}$ ,  $\text{PaO}_2 66\text{mmHg}$ ,  $\text{BE} -3.8\text{mmol/L}$ , 提示 ( )。

- A. 代谢性碱中毒      B. 代谢性酸中毒  
C. 呼吸性碱中毒      D. 呼吸性酸中毒+代谢性碱中毒

11. 肺炎合并感染性休克患者, 血气测定结果为  $\text{pH} 7.31$ ,  $\text{PaO}_2 50\text{mmHg}$ ,  $\text{PaCO}_2 32\text{mmHg}$ ,  $\text{BE} -10\text{mmol/L}$ , 可能为 ( )。

- A. 呼吸性酸中毒    B. 呼吸性碱中毒    C. 呼酸+代酸      D. 呼碱+代酸

12. 男性 15 岁, 嗓子痛, 咳嗽乏力 2 周, 食欲下降, 胸片左下肺多形态性浸润影, 呈节段性分布, 选择用药是 ( )。

- A. 青霉素      B. 红霉素      C. 氟哌酸      D. 庆大霉素

13. 下列症状表示肺炎球菌肺炎患者病情严重的是 ( )。

- A. 症状、体征比较明显  
B. 白细胞明显增多, 中性粒细胞比例增高  
C. 白细胞总数不高甚至降低, 但中性粒细胞比例增高, 核左移  
D. 痰涂片或培养见肺炎球菌

14. 肺炎球菌肺炎出现呼吸困难的主要原因是 ( )。

- A. 气道阻塞      B.  $\text{PaCO}_2$  升高      C. 限制性通气障碍    D.  $\text{V/Q}$  比例失调

15. 院内感染所致肺炎中, 主要病原体是 ( )。

- A. 真菌      B. 病毒      C. 耐药金葡菌      D. 需氧革兰阴性杆菌

## 二、简答题

1. 简述肺炎球菌肺炎的治疗要点。
2. 简述休克型肺炎的护理措施。

## 三、综合论述题

李先生, 23 岁。受雨淋后 4 小时突起寒战、高热, 诉头痛及右侧胸痛, 咳嗽及伴少许白色泡沫样痰。查体: 体温  $39.8^\circ\text{C}$ , 脉搏 115 次/分, 呼吸 23/分, 血压  $90/60\text{mmHg}$ 。口唇微发绀, 神志清, 右侧呼吸运动减弱, 右下肺叩诊浊音。血白细胞计数  $14 \times 10^9/\text{L}$ , 中性粒细胞比例 0.85, 胸部 X 线检查右肺片状均一模糊阴影。

问: (1) 主要护理诊断及合作性问题。

(2) 护理要点。

## 第四节 气胸病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握气胸的分类、主要病因、护理评估和护理措施。
2. 理解气胸的发病机制、主要的护理诊断和治疗要点。
3. 了解气胸的概念。



## 知识梳理

### 一、概述

胸膜腔内积气称为气胸 (Pneumothorax)。在胸部损伤中气胸发病率仅次于肋骨骨折。气胸可分为闭合性、开放性和张力性三类。

### 二、发病机制

#### 1. 闭合性气胸

空气通过胸壁或肺的伤口进入胸膜腔后, 伤口闭合, 气体不再继续进入胸膜腔, 胸膜腔内压仍低于大气压, 患侧肺组织部分受压萎陷。

#### 2. 开放性气胸 (图 2-6)

胸壁存在开放性伤口, 使胸膜腔与外界相通, 空气可随呼吸自由出入胸膜腔, 患侧胸膜腔内压力与外界大气压接近, 负压消失, 肺组织萎陷; 患侧胸膜腔压力显著高于健侧时, 可推动纵隔向健侧移位, 使健侧肺也受压而部分萎陷, 进一步加重呼吸功能障碍。

吸气时, 健侧胸膜腔内负压增大与患侧胸膜腔之间的压力差增加, 纵隔移向健侧; 呼气时, 两侧胸膜腔压力差减小, 纵隔移回患侧, 导致纵隔位置随呼吸而左右摆动, 称为纵隔扑动。同时, 病人吸气时,

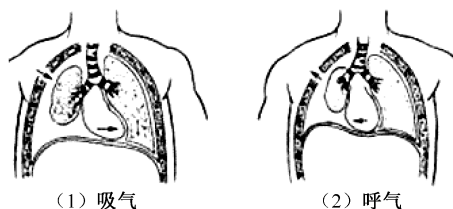


图 2-6 开放性气胸

健侧肺吸入了由患侧肺排出的含氧量低的气体; 而呼气时, 健侧肺排出的气体也排至患侧肺内, 使含氧量低的气体在两侧肺内重复交换, 造成严重缺氧。

#### 3. 张力性气胸 (图 2-7)

张力性气胸多见于较大的肺泡破裂、肺裂伤或支气管破裂, 其裂口形成通向胸膜腔的单向活瓣, 吸气时, 气体通过裂口进入胸膜腔, 而呼气时裂口关闭, 气体不能排出胸膜腔, 使胸膜腔内积气随呼吸不断增多, 导致胸膜腔压力高于外界大气压, 又称高压性气胸。患侧胸膜腔内压力增高, 使患侧肺严重萎陷, 纵隔明显移向健侧, 导致健侧肺受压而有不同程度的萎陷, 引起严重的呼吸和循环功能障碍。同时高压气体可挤入纵隔, 扩展至颈、面、胸部等处的皮下, 造成皮下气肿或纵隔气肿。

### 三、护理评估

#### (一) 健康史

了解病人的受伤经过、受伤部位, 有无发绀、呼吸困难、皮下气肿, 已采用的抢救措施等; 评估病人既往有无胸部手术史、服药史、过敏史等。

#### (二) 身体状况

(1) 闭合性气胸: 表现与气体进入胸膜腔的量和肺萎陷的程度有关。胸膜腔内积气量少, 肺萎陷在 30% 以下时为小量气胸, 病人可无明显症状; 肺萎陷在 30% 以上的中量、大量气胸病人可出现胸闷、气促、胸痛等症状, 体检发现患侧肋间隙饱满, 气管向健侧移位, 叩诊呈鼓音, 听诊呼吸音减弱或消失。

(2) 开放性气胸：纵隔扑动影响肺通气效能和静脉血液回流，导致呼吸、循环功能严重障碍，病人可出现气促、发绀、明显呼吸困难甚至休克。胸部检查可见患侧胸壁存在伤道，呼吸时，可听见空气进出伤道发出的吸吮样声音；气管和心脏向健侧移位；患侧胸部叩诊呈鼓音；听诊呼吸音减弱或消失。

(3) 张力性气胸：病人极度呼吸困难、发绀、烦躁不安、昏迷、休克甚至窒息。体格检查可见患侧胸部饱满，肋间隙增宽，呼吸幅度减弱，气管向健侧移位，颈静脉怒张；常触及皮下气肿；叩诊呈鼓音；听诊呼吸音消失。

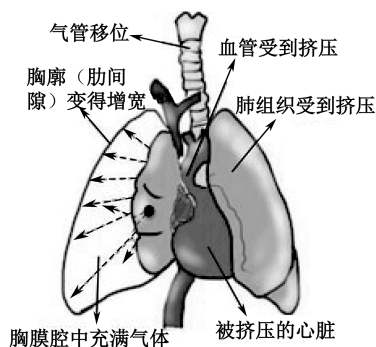


图 2-7 张力性气胸

### (三) 心理-社会状况

了解病人有无焦虑、恐惧及程度；了解病人及家属对损伤、预后的认知和心理承受能力。

## 四、辅助检查

胸部 X 线检查可显示肺萎陷、胸膜腔积气及纵隔移位情况，并可反映是否合并肋骨骨折、血胸等情况。

## 五、治疗要点

(1) 闭合性气胸：小量气胸不必特殊治疗，1~2 周内可自行吸收。大量气胸需在伤侧锁骨中线第 2 肋间行胸膜腔穿刺抽气或胸腔闭式引流排除积气，以促使肺尽早膨胀；应用抗生素防治感染。

(2) 开放性气胸：立即封闭胸壁伤口，变开放性气胸为闭合性气胸，然后按闭合性气胸进一步处理。病情稳定后，争取早期清创，封闭伤口。

(3) 张力性气胸：立即行胸膜腔排气减压，抢救病人的生命。可在伤侧锁骨中线第 2 肋间用粗针头穿刺入胸膜腔，穿刺针尾部连接剪口的乳胶指套、小塑料袋、气球等单向活瓣装置。随后做进一步处理，包括胸腔闭式引流、吸氧、防治休克、应用抗生素控制感染等。若肺及支气管严重损伤或疑有胸腔内器官损伤及进行性出血者，应行剖胸探查术，手术修复损伤。

## 六、护理诊断

(1) 气体交换障碍与胸部损伤、胸廓运动受限、疼痛、肺萎陷有关。

(2) 疼痛与组织损伤有关。

(3) 急性焦虑与意外损伤及担忧预后有关。

(4) 潜在并发症：胸腔感染、呼吸功能衰竭、休克。

## 七、护理措施

### (一) 现场急救

(1) 开放性气胸立即用无菌敷料如凡士林纱布加厚棉垫封闭伤口，再用胶布或绷带包扎固定，使开放性气胸变为闭合性气胸，阻止气体继续进入胸膜腔，再按闭合性气胸处理。

(2) 张力性气胸危及生命，需紧急抢救，协助医生行胸膜腔穿刺抽气或胸腔闭式引流。

### (二) 维持呼吸功能

协助病人有效咳嗽、排痰，清理呼吸道内的分泌物及呕吐物，保持呼吸道通畅。痰液粘稠者给予药物、超声雾化吸入；必要时行气管插管或气管切开辅助呼吸。

### (三) 病情观察

密切观察呼吸频率、节律、幅度的变化情况；了解病人有无发绀、气促、呼吸困难等症状；有无气管移位、皮下气肿和休克征象。如有异常应立即报告医生并协助处理。

### (四) 疼痛护理

疼痛可导致病人不敢咳嗽、咳痰，协助或指导病人及其家属用双手按压患侧胸壁，可减轻咳嗽时伤口震动而产生的疼痛；遵医嘱使用止痛药物。

### (五) 预防感染

对开放性损伤者，协助医生及时进行清创处理；密切观察体温变化，如有异常，及时报告医生；遵医嘱注射破伤风抗毒素和使用抗生素。

## 八、健康指导

(1) 向病人及其家属讲解有效咳嗽、排痰的意义和方法，并给予指导。

(2) 嘱咐病人出院后加强功能锻炼，遵循早期开展、循序渐进的原则；但在气胸痊愈后的 1 个月内，不宜剧烈运动。

(3) 定期复查。



## 高考链接

【例 1】(2011 年高考题) 下列体征中不符合闭合性气胸的是 ( )。

- |            |             |
|------------|-------------|
| A. 叩诊呈鼓音   | B. 气管向患侧移位  |
| C. 患侧肋间隙变宽 | D. 呼吸音减弱或消失 |

【分析】本题考查闭合性气胸的体征，气管应是向健侧移位。

【答案】B

【例 2】(2012 年高考题) 胸腔闭式引流导管脱出后应首选 ( )。

- |                |              |
|----------------|--------------|
| A. 夹闭导管并更换     | B. 将导管重新放入胸腔 |
| C. 双手捏紧放置导管处皮肤 | D. 立即缝合引流口   |

【分析】本题考查气胸治疗的相关知识。导管脱出后应立即将皮肤裂口封闭以免发生开放性气胸。

【答案】C

【例 3】(2013 年高考题) 下列胸部损伤患者的胸腔压力较低的是 ( )。

- A. 开放性气胸                      B. 闭合性气胸  
C. 张力性气胸                      D. 进行性气胸

【分析】本题考查胸腔内压力的变化。闭合性气胸胸腔内压力可为负压，而其他几种情况压力都增高。

【答案】B

【例 4】(2013 年高考题) 患者，男性，70 岁。慢性支气管炎并阻塞性肺气肿 30 余年。1 小时前患者剧烈咳嗽后，突感左侧胸痛、胸闷、呼吸困难。查体：左肺呼吸音低，叩诊呈鼓音，未闻及啰音，心电图示肺型 P 波。

请回答：(1) 该患者目前最可能的诊断是什么？

(2) 为明确诊断应该做哪些检查？

(3) 该疾病的治疗措施有哪些？

【答案】(1) 气胸 (左侧气胸) 慢性阻塞性肺疾病。

(2) 胸部 X 线检查、胸部 CT 检查。

(3) 休息、吸氧、胸穿排气、胸腔置管引流 (胸腔闭式引流) 手术治疗、抗生素预防感染。



## 反馈训练

### 一、单项选择题

1. 男性，22 岁，右胸刺伤 2 小时，创口与胸腔相通，病人极度呼吸困难，急救措施是 ( )。  
A. 迅速封闭胸壁伤口                      B. 立即手术  
C. 输血、输液                              D. 胸腔闭式引流
2. 闭合性气胸气管移向 ( )。  
A. 健侧                      B. 患侧                      C. 上方                      D. 下方
3. 患者胸部被撞伤后，出现呼吸困难且进行性加重，气管明显右移，左胸叩诊鼓音，呼吸音消失，心率 120 次/分，血压 80/60mmHg，诊断应考虑为 ( )。  
A. 心包填塞                      B. 张力性气胸                      C. 进行性血胸                      D. 胸壁软化
4. 开放性气胸的特点是 ( )。  
A. 胸腔内有气体                      B. 肺萎陷  
C. 呼吸困难                              D. 呼吸时空气经伤口自由出入
5. 张力性气胸的特点是 ( )。  
A. 呼吸时空气经伤口自由出入                      B. 呼吸时气体从胸膜腔只出不入  
C. 患侧胸膜腔压力进行性增加                      D. 一般不挤压对侧胸膜腔和肺
6. 一侧开放性气胸时造成循环系统功能衰竭的主要原因是 ( )。  
A. 创口失血  
B. 伤侧压力持续升高心脏向健侧移位  
C. 吸气时，心脏移向伤侧；呼气时，又移向健侧  
D. 吸气时，心脏移向健侧；呼气时，又移向伤侧
7. 闭合性胸外伤后出现严重皮下气肿和极度呼吸困难，首先考虑为 ( )。  
A. 肋骨骨折                      B. 肺挫伤                      C. 创伤性窒息                      D. 张力性气胸
8. 关于气胸病人的护理诊断，下列错误的是 ( )。





A. 开胸探查缝合肺组织破裂口

B. 胸腔穿刺抽气和闭式引流

C. 吸氧

D. 气管切开

## 二、简答题

1. 气胸的分类及各自的处理原则是什么？

2. 可以出现纵膈扑动的情况有哪些？

## 三、综合论述题

李先生，42岁。1小时前左侧胸部受外力撞击后出现呼吸困难及意识模糊而急诊入院。入院后给予氧气吸入，呼吸困难无好转，伴有面色苍白、四肢湿冷、脉搏加快等休克体征，查体：左侧胸部饱满，气管向右侧移位，左侧胸壁可触及骨擦音，叩诊呈鼓音，听诊呼吸音消失，皮下气肿明显。

请问：

(1) 该病人最有可能的诊断是什么？

(2) 目前病人主要的护理问题是什么？

(3) 针对该问题，应该如何进行护理？

## 第三章

# 消化系统疾病病人的护理

## 第一节 慢性胃炎病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握慢性胃炎的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解慢性胃炎的发病机制、护理诊断、治疗要点。
3. 了解慢性胃炎的概念分类。



### 知识梳理

#### 一、概念

由不同原因引起的胃粘膜慢性炎症，以幽门螺杆菌感染引起的慢性炎症最常见。慢性胃炎的发病率在各种胃病中居首位，男性多于女性，随年龄增长发病率逐渐增高。

#### 二、病因、病理及分类

##### （一）病因

（1）**幽门螺杆菌感染（Hp）**：目前认为是最主要的病因。

（2）饮食和环境因素：长期饮用浓茶、酒和咖啡；食用过热、过冷、过于粗糙的食物；服用大量非甾体类抗炎药；饮食中高盐和缺乏新鲜蔬菜水果等；与胃粘膜萎缩、肠化生及胃癌的发生密切相关。

（3）自身免疫：**自身免疫性胃炎患者血液中存在自身抗体**，如壁细胞抗体，攻击壁细胞使壁细胞总数减少，富含壁细胞的胃粘膜萎缩，导致胃酸分泌减少或丧失。伴**恶性贫血**者还可查到内因子抗体，内因子抗体与内因子结合，阻碍维生素 B<sub>12</sub> 的吸收，导致恶性贫血。

（4）其他因素：含胆汁和胰液的十二指肠液反流入胃，可削弱胃粘膜屏障功能，胃粘膜退行性变，胃粘膜营养因子缺乏，某些疾病如心衰、肝硬化门脉高压、尿毒症等，可使胃粘膜受损。

（5）其他：与年龄、血型、受凉等有关。

##### （二）病理

慢性胃炎的病理过程是胃粘膜损伤和修复的慢性过程，主要组织病理学特征是胃粘膜炎症、萎缩和肠化生。

### （三）分类

（1）慢性胃炎（B型胃炎）：最常见，病变以胃窦部为主，由幽门螺杆菌感染所引起。

（2）慢性胃体炎（A型胃炎）：少见，病变以胃体和胃底部为主，此型主要由自身免疫反应引起，影响维生素 B<sub>12</sub> 的吸收而发生恶性贫血。包括浅表性胃炎、萎缩性胃炎、特殊类型。

## 三、护理评估

### （一）健康史

评估患者有无幽门螺杆菌感染的证据，询问饮食状况，是否长期饮浓茶、咖啡、酒，或高盐饮食，是否食用过热、过冷、过于粗糙的食物，有无吸烟嗜好，饮食是否规律，有无长期服用阿司匹林、吲哚美辛、糖皮质激素等药物，有无肝、胆、胰疾病引起的十二指肠液反流，有无慢性心衰、尿毒症、口腔炎症等。

### （二）症状

（1）幽门螺杆菌感染引起的多无症状或症状缺乏特异性，为消化不良的表现：中上腹部饱胀不适，无规律性腹部隐痛，反酸，烧灼感，食欲减退，恶心、呕吐等。呕吐物为不消化食物，少数有少量出血。体征多不明显，有时有上腹部轻压痛。

（2）自身免疫性胃炎：除消化不良症状外，A型胃炎伴有明显厌食、体重减轻，严重者出现舌炎、舌萎缩和周围神经病变，可伴有明显贫血，典型恶性贫血可伴有维生素 B<sub>12</sub> 缺乏表现和抑郁、失眠、肢体颤抖等精神神经症状。

（3）心理状态：因病情呈慢性经过，反复发作、时轻时重、症状不典型，担心治疗效果，患者易产生紧张、不安、焦虑和情绪不稳定等心理反应。

### （三）体征

体征多不明显，可有上腹轻压痛。

### （四）有关检查

（1）胃液分析 B型胃炎：胃酸正常，偶有增多。A型胃炎（萎缩性胃炎）有胃酸缺乏。

（2）胃镜及活体组织检查（简称活检）：胃镜检查是最可靠的确诊方法。

非萎缩性胃炎（B型胃炎）：胃粘膜粗糙不平，有点状、片状或条状红斑，或出血点及水肿、渗出、糜烂等表现。活检见胃粘膜浅层炎性细胞浸润，腺体无异常。

萎缩性胃炎（A型胃炎）：胃粘膜红白相间以白为主、血管显露、色泽灰暗、皱襞变平或消失。伴增生时，变现为胃粘膜呈颗粒状或结节状，活检可见腺体减少，伴有不同程度的炎性细胞浸润，可有肠化生、假性幽门腺化生及不典型增生等。

胃镜检查：前一天应禁止吸烟，以免因咳嗽而影响插镜进程和减少胃液分泌，检查前一晚 21:00 后勿进食，0:00 后勿饮水直到胃镜检查完毕。禁服药物（降压药可舌下含服）。检查前排空膀胱、去掉活动假牙、首饰等。有幽门不全梗阻、胃息肉，需要长时间禁食，排空胃再检查。术后：因咽部局麻的影响，需一个半小时后才能进食或饮水，否则易引起呛咳，不可进食过热、辛辣刺激、粗糙食物。检查后 1~2 天内，患者可能有短暂的咽喉痛、喉部异物感、咳嗽等，含润喉片或西瓜霜片剂等可减轻症状。做了组织活检的患者，应在检查后 1~2 天内进食温凉不烫的软食，如稀饭、软面条、牛奶等，忌食生、冷、硬等刺激性食物，禁止吸烟，以免加重或诱发创口出血。如果疼痛剧烈，应及时报告医生。

（3）血清学检查 A型胃炎（萎缩性胃炎）：促胃液素水平常增高，血清抗壁细胞抗体，抗内

因子抗体阳性。

(4) **幽门螺杆菌检测：侵入性检查**（快速尿素酶试验、组织学检查）、 $^{14}\text{C}$  或  $^{13}\text{C}$  尿素呼气试验、粪便幽门螺杆菌抗原检测等。

(5) 大便常规+潜血。

## 四、治疗原则

消除病因、缓解症状、控制感染、防治癌前病变。

### (一) 幽门螺杆菌根治治疗

幽门螺杆菌根治治疗有助于改善胃粘膜损害，预防消化性溃疡和降低胃癌发生的危险性。

(1) 适应症：胃粘膜糜烂、萎缩、肠化生、不典型增生；有胃癌家族史；有消化不良症状。

(2) 常用三联疗法（一种胶体铋剂或质子泵抑制剂加上两种抗生素）根除幽门螺杆菌感染，两周为一个疗程。治疗方案——阿莫西林、克拉霉素、替硝唑等和（或）枸橼酸铋钾二联或三联治疗，如枸橼酸铋钾 + 阿莫西林 + 甲硝唑。

### (二) 针对病因处理

(1) 胆汁反流：氢氧化铝凝胶吸附。

(2) 消炎药引起的：应立即停药。用制酸剂或硫糖铝等。胃粘膜保护硫糖铝在餐前 1 小时与睡前服用效果最好，如需同时使用制酸药，制酸药应在硫糖铝服前半小时或服后 1 小时给予。

(3) 有恶性贫血者，可注射维生素  $\text{B}_{12}$  加以纠正。

(4) 胃动力障碍用多潘立酮或西沙必利。

(5) 胃酸增高者：降低胃内酸度，保护胃粘膜。 $\text{H}_2$ 受体阻滞剂：甲氰咪胍、雷尼替丁、法莫替丁。或质子泵抑制剂：奥美拉唑、兰索拉唑。

(6) 非甾体抗炎药引起的胃炎：停用非甾体抗炎药，加用抑酸剂及硫糖铝。

(7) 不典型增生的治疗：肠上皮化生和不典型增生者给予  $\beta$  胡萝卜素、维生素 C、维生素 E 及叶酸等抗氧化维生素，以及锌、硒等微量元素以帮助其逆转，定期随访。重度不典型增生，采用预防性手术，可在内镜下行胃粘膜切除术。

## 五、护理诊断

(1) 上腹部痛：与胃粘膜的炎性病变有关。

(2) 知识缺乏：缺乏有关本病的病因及防治知识，与缺乏指导有关。

(3) 焦虑：与病情迁延及病情反复担心癌变有关。

(4) 营养失调：低于机体需要量，与厌食、消化吸收不良等有关。

(5) 潜在并发症：胃溃疡、胃癌、上消化道大量出血。

## 六、护理措施

(1) 休息与活动：适当锻炼，避免过度劳累。

(2) 疼痛的护理：遵医嘱给予局部热敷、按摩、针灸或给止痛药物等。

(3) 饮食护理：原则是养成良好的生活饮食习惯、定时定量、细嚼慢咽，给予高蛋白、适当热量、高维生素易消化饮食，避免摄入过咸、过甜、过辣的刺激性食物。

慢性胃炎的急性发作期病人一般可给予无渣、半流质的温热饮食。如少量出血可给予牛奶、

米汤等以中和胃酸，有利于粘膜的修复。

剧烈呕吐、呕血的病人应禁食，可静脉补充营养。

恢复期食用可食富含营养、易消化的饮食。注意饮食卫生，纠正不良的卫生习惯，饮食以高热量、高蛋白质、高维生素易消化为原则。少量多餐、定时定量，忌暴饮暴食，避免饮酒和咖啡，避免粗糙、辛辣和过热过冷的食物，尽量少吃或不吃烟熏、腌制食物。给予刺激胃酸分泌的食物；胃酸高者应避免进食酸性、多脂肪食物。观察并记录患者每天进餐次数、量、品种，定期测量体重，监测血红蛋白、血清蛋白等营养物质的变化。

胃酸缺乏者可酌情食用酸性食物，如山楂、食醋、浓肉汤、鸡汤。

(4) 心理护理：安慰患者，阐明可能的发病原因、疾病经过和转归，说明经过正规治疗病情是可以逆转的，即使是中度以上的不典型增生，通过严密随访完全能够早期发现癌变，及时手术可获得满意的疗效。指导患者进行自我调节放松，以缓解焦虑和不稳定情绪，树立信心，配合治疗。

(5) 对症护理：对腹胀和腹部不适的患者，注意腹部保暖，用热水袋局部热敷，并可按摩上腹部或针灸，对腹痛较严重的患者，应遵医嘱给予解痉药物以缓解疼痛（禁用非甾体抗炎药—消炎痛、阿司匹林、吲哚美辛等）。

(6) 用药护理。

阿莫西林：服用前询问有无过敏史。

枸橼酸铋钾：在餐前 30 分钟服用，不能与牛奶或强效抗酸药同时服用。

甲硝唑：宜在饭后服用，胃肠道反应可用甲氧氯普胺、维生素 B<sub>12</sub> 等拮抗。

多潘立酮或西沙必利：可以促进胃排空，应在餐前 1 小时与睡前服用，不宜与阿托品等解痉剂合用。

## 七、健康教育

(1) 向患者及家属讲解本病的有关知识，指导其避免诱发因素。

(2) 教育患者有规律地生活，保持身心愉快；注意饮食卫生；加强营养避免使用对胃粘膜有刺激的药物。

(3) 对嗜烟酒者劝其戒烟。

(4) 嘱患者坚持按医嘱用药，介绍可能出现的不良反应；定期随诊，特别是有肠上皮化生和不典型增生者，应定期做胃镜和病理检查。



## 高考链接

【例 1】(2012 年高考题) 慢性胃炎的主要病因是 ( )。

A. 饮食因素      B. 幽门螺杆菌感染      C. 自身免疫      D. 心理因素

【分析】幽门螺杆菌感染是目前公认的导致慢性胃炎的最主要病因。

【答案】B

【例 2】(2012 年高考题) 下列幽门螺杆菌检测方法中，侵入性的方法是 ( )。

A. 粪便幽门螺杆菌抗原检测      B. 血清学检查  
C. <sup>13</sup>C 或 <sup>14</sup>C 尿素呼吸试验      D. 快速尿素酶试验

【分析】快速尿素酶试验需通过胃镜粘膜标本进行试验，为侵入性方法。

【答案】D

【例3】(2012年山东高考题) 以下为根除幽门螺杆菌的三联治疗方案, 准确的是( )。

- A. 奥美拉唑、胶体铋、克拉霉素      B. 奥美拉唑、甲硝唑、克拉霉素  
C. 奥美拉唑、胶体铋、甲硝唑      D. 奥美拉唑、胶体铋、阿莫西林

【分析】根除幽门螺杆菌的三联治疗方案包括质子泵抑制剂(奥美拉唑)或铋剂(胶体铋), 再加上两种抗生素(甲硝唑、阿莫西林、克拉霉素)。

【答案】B

【例4】(2015年山东高考题) 关于慢性胃炎护理措施的叙述, 错误的是( )。

- A. 急性发作时应卧床休息      B. 定期到医院复查  
C. 注意观察用药后的反应      D. 给予低热量、低蛋白饮食

【分析】慢性胃炎的饮食原则是: 饮食以高热量、高蛋白质、高维生素易消化、少量多餐为原则。

【答案】D



## 反馈训练

### 一、选择题

- 慢性胃炎临床表现一般不包括( )。  
A. 食欲不振      B. 餐后饱胀      C. 恶心呕吐      D. 规律性上腹痛
- 男性, 35岁, 1月前出现腹痛、上腹部饱胀、嗝气, 幽门螺杆菌检查结果阳性, 给予抗生素最适宜的是( )。  
A. 四环素      B. 阿莫西林      C. 庆大霉素      D. 头孢霉素
- 女性, 45岁。上腹部饱胀, 隐痛不适, 反酸嗝气, 食欲不振, 恶心, 查体: 上腹部有轻度压痛。肝脾未触及。可能的诊断为( )。  
A. 慢性胃炎      B. 急性胃炎      C. 慢性胃溃疡      D. 慢性十二指肠溃疡
- 各种胃病中发病率占首位的是( )。  
A. 胃癌      B. 慢性胃炎      C. 胃溃疡      D. 十二指肠溃疡
- 男性, 37岁, 上腹部隐痛2年, 诊断慢性萎缩性胃炎, 胃镜检查可见( )。  
A. 粘膜呈颗粒状      B. 粘膜肥厚  
C. 粘膜广泛炎症细胞浸润      D. 粘膜充血、水肿
- 男性, 34岁, 上腹部隐痛、反酸、嗝气1月余, 饮食喜辛辣, 多饮浓茶, 诊断慢性胃炎。护士对其进行保健指导, 下列说法不正确的是( )。  
A. 保持乐观情绪      B. 注意饮食卫生  
C. 生活规律      D. 常规应用抗生素
- 易导致癌变的胃炎是( )。  
A. 肥厚性胃炎      B. 胃窦胃炎  
C. 萎缩性胃炎      D. 胃体胃炎
- 慢性胃炎的典型临床表现为( )。  
A. 腹痛      B. 上腹部饱胀不适      C. 呕血      D. 黑便
- 对慢性胃炎病人护理错误的指导是( )。  
A. 急性发作时, 应卧床休息      B. 疼痛明显者可予以局部热敷

- C. 胃酸缺乏者可给予酸性食物                      D. 出血者均必须禁食
10. 与慢性胃炎的发病有关的细菌是 (      )。
- A. 痢疾杆菌感染    B. 军团菌感染
- C. 幽门螺杆菌感染                                      D. 肺炎球菌感染
11. 自身免疫性胃炎所致恶性贫血的有效治疗方法是 (      )。
- A. 输新鲜血    B. 肌注促红细胞生成素
- C. 肌注维生素 B<sub>12</sub>                                      D. 口服维生素 B<sub>12</sub>
12. 女性, 41 岁, 慢性胃炎病史 2 年, 诉上腹部疼痛不适, 护士指导其减轻腹痛可采用的方法不包括 (      )。
- A. 热水袋热敷胃部                                      B. 按摩
- C. 阿司匹林止痛    D. 针灸内关
13. 患者男性, 52 岁。因反复上腹部隐痛伴暖气、食欲减退 3 个月, 经检查诊断为“慢性胃炎”, 下列项目中, 最有诊断意义的是 (      )。
- A. 胃液分析                      B. 胃镜检查                      C. X 钡餐检查                      D. 血清学检查
14. 男性, 27 岁, 自去年冬季以来每日发生上腹部隐痛, 平时伴有恶心、打嗝、反酸, 检查示幽门螺杆菌阳性, 诊断为“慢性胃炎”, 医生针对其病情采用三联疗法治疗。三联疗法包括 (      )。
- A. 阿莫西林+甲硝唑+次枸橼酸铋                      B. 利福平+甲硝唑+乙胺丁醇
- C. 氯霉素+红霉素+链霉素                              D. 黄连素+呋喃唑酮+链霉素
15. 萎缩性胃炎 (      ) 需考虑手术治疗。
- A. 萎缩性病变在胃窦                                      B. 胃酸分泌明显减少
- C. 伴有胃溃疡    D. 伴重度不典型增生
16. 西咪替丁治疗消化性溃疡的机制是 (      )。
- A. 阻断 H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATP                                      B. 拮抗 H<sub>2</sub> 受体
- C. 中和胃酸    D. 加速胃排空
17. 对幽门螺杆菌认识错误的是 (      )。
- A. 正常粘膜少见    B. 分布在胃窦粘液层表面
- C. 胶体铋剂治疗有效                                      D. 尿素酶试验阳性
18. 王先生, 40 岁, 上腹隐痛伴反酸、暖气 2 个月。检查上腹部有轻度压痛, 粪隐血试验阳性, 预约第 2 日做纤维胃镜检查, 检查前准备中不正确的一项是 (      )。
- A. 说明检查目的, 消除紧张心理                      B. 禁食 3 小时
- C. 排空大小便    D. 抽尽胃内容物
19. 医嘱口服法莫替丁、阿莫西林及胶体次枸橼酸铋, 服药指导中错误的一项是 (      )。
- A. 法莫替丁每天 3 次, 餐后口服
- B. 服胶体铋前 1 小时及服药物后 30 分钟不得进食
- C. 阿莫西林每天 4 次口服
- D. 青霉素过敏者禁用阿莫西林
20. 病人因为暖气反酸腹胀遵医嘱口服吗丁啉 (胃肠动力药), 健康教育中病人不得自行口服的药物是 (      )。
- A. 法莫替丁                      B. 胶体铋                      C. 阿托品                      D. 西咪替丁



## 二、简答题

1. 简述慢性胃炎治疗原则。
2. 简述慢性胃炎的饮食原则。

## 三、综合分析题

病人，男，45岁，近两年来反复上腹部胀痛，反酸嗝气，食欲不振等。平时嗜酒和咖啡。两天前上述症状加重，检查：生命体征无异常，消瘦，大便潜血试验(+)，胃镜见胃粘膜呈颗粒状，粘膜血管显露，色泽灰暗，皱襞细小，幽门螺杆菌检测为阳性。初步诊断为慢性萎缩性胃炎。

- (1) 临床诊断依据是什么？
- (2) 护理措施有哪些？

## 第二节 消化性溃疡病人的护理



## 考纲要求

1. 掌握消化性溃疡的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解消化性溃疡的发病机制、护理诊断、治疗要点。
3. 了解消化性溃疡的概念分类。



## 知识梳理

## 一、概述

## (一) 定义

消化性溃疡主要指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡，即胃溃疡(GU)和十二指肠溃疡(DU)。由于溃疡的形成与胃酸及胃蛋白酶的消化作用有关，故称为消化性溃疡。临床上十二指肠溃疡较胃溃疡为多见。

## (二) 病因和发病机理

概括起来，是胃、十二指肠局部粘膜损害因素和粘膜保护因素之间失去平衡所致。

(1) 损害因素。胃酸和胃蛋白酶：在损害因素中，胃酸与胃蛋白酶，尤其是胃酸的作用占主导地位。药物非甾体类消炎药，如阿司匹林、布洛芬、消炎痛等。饮食失调：粗糙和刺激性食物或饮料可引起粘膜的物理性和化学性损伤。不定时的饮食习惯会破坏胃酸分泌规律。饮料与烈酒除直接损伤粘膜外，还能促进胃酸分泌，咖啡也能刺激胃酸分泌。吸烟可增加十二指肠溃疡和胃溃疡的发病率，同时可以影响溃疡的愈合。持久和过度精神紧张、情绪激动等精神因素可引起大脑皮质功能紊乱，使迷走神经兴奋和肾上腺皮质激素分泌增加，导致胃酸和胃蛋白酶分泌增多，促使溃疡形成。幽门螺杆菌感染为消化性溃疡的一个最重要发病原因。

(2) 保护因素：胃粘液-粘膜屏障；粘膜的血液循环和上皮细胞的更新；前列腺素是增强粘膜上皮更新、维持粘膜完整性的一个重要因素。

(3) 其他因素：遗传因素研究发现，O型血型者比其他血型容易患胃溃疡。总之，胃酸、胃

蛋白酶在消化性溃疡发病中起决定性作用。

(4) 好发部位：**胃溃疡**好发于胃小弯、胃窦部；**十二指肠溃疡**好发于十二指肠球部。

## 二、护理评估

### (一) 症状

#### 1. 上腹部腹痛

上腹部腹痛是消化性溃疡的主要症状。在临床上以**慢性病程、周期性发作、节律性上腹痛**为特点，容易复发。

(1) 慢性：病史平均 6~7 年，长者可达 30 年以上。

(2) 周期性：发作多在初秋至次年早春，精神紧张、过度疲劳、饮食不调或服用与消化性溃疡发病有关的药物常可诱发，发作一般为数日至数周。

(3) 疼痛部位：**胃溃疡疼痛**多位于上腹部，剑突下正中或偏左，**十二指肠溃疡**疾病则位于上腹正中或偏右。病人常能明确指出疼痛的范围。

(4) 性质：多为隐痛、胀痛、烧灼痛、钝痛、剧痛或饥饿样不适感。

(5) 疼痛的节律性，多有典型的节律：**胃溃疡的疼痛**多在餐后半小时至 1 小时出现，至下餐前缓解，即**进食—疼痛—缓解**；**十二指肠溃疡**的疾病多在餐后 3~4 小时出现，持续至下次进餐，进食后可减轻或缓解，即**疼痛—进食—缓解**。有时可在半夜发生疼痛称“夜间痛”，一般溃疡疼痛经服制酸剂、休息、用手按压腹部或呕吐可减轻。

#### 2. 其他胃肠道症状

其他胃肠道症状可表现为反酸、嗝气、恶心、呕吐等消化不良的症状，以胃溃疡较十二指肠溃疡为多见。

#### 3. 全身症状

全身症状可表现为自主神经功能失调的症状，如失眠、多汗等，也可表现为营养不良的症状，如消瘦、贫血等。

### (二) 体征

缓解期多无明显体征，发作时于上腹部有固定压痛点。

### (三) 并发症

疼痛失去原来的规律性。

(1) 出血：**是消化性溃疡最常见的并发症**，出血引起的临床表现取决于出血的量和出血速度。轻者表现为黑便（出血量在 50mL 以上）、呕血（胃内积血量超过 250mL）；重者出现周围循环衰竭，甚至低血容量性休克。多见于十二指肠溃疡。

(2) 穿孔：**是消化性溃疡最严重的并发症**，最常发生于十二指肠溃疡。表现为腹部剧痛和急性腹膜炎的体征。当溃疡疼痛变为持续性，进食或用制酸药后长时间疼痛不能缓解，并向背部或两侧上腹部放射时，常提示可能出现穿孔。

(3) 幽门梗阻：多见于十二指肠溃疡，表现为餐后上腹部饱胀，**频繁呕吐宿食**。严重可致脱水、低钾低氯性代谢性碱中毒，常继发营养不良。**上腹部振水音、胃蠕动波及空腹抽出胃液量超过 200mL**，是幽门梗阻特征性表现。

(4) 癌变：少数十二指肠溃疡可发生癌变，尤其是 45 岁以上、溃疡顽固不愈、粪便隐血试验持续阳性。

胃溃疡和十二指肠溃疡上腹痛特点的比较如表 3-1 所示。

表 3-1 胃溃疡和十二指肠溃疡上腹痛特点的比较

项目	胃溃疡	十二指肠溃疡
疼痛的部位	中上腹或剑突下偏	中上腹或中上腹偏右
疼痛的时间	常在餐后约 1 小时发生, 经 1~2 小时后逐渐缓解, 较少发生夜间痛	在两餐之间, 发生饥饿, 疼痛进食后缓解, 部分病人有夜间痛
疼痛的性质	多呈灼痛、胀痛或饥饿样不适感	多呈灼痛、胀痛或饥饿样不适感
疼痛的节律性	进食—疼痛—缓解	疼痛—进食—缓解

### 三、辅助检查

(1) 纤维胃镜检查与粘膜活检: 镜下可见消化性溃疡呈圆形或椭圆形, 底部平整, 边缘整齐, 深浅不一, 早期病变限于粘膜下层, 晚期可深达肌层。对消化性溃疡有**确诊价值**。

(2) X 线钡餐检查: 胃溃疡多发生在胃窦、胃小弯和幽门前区, 可见到溃疡凹陷部被钡剂充盈而呈现龛影; 十二指肠溃疡多发生于球部, 不易发生龛影, 可见**球部变形、激惹、压痛等间接征象。直接征象为龛影**, 是诊断溃疡的重要依据。

(3) 幽门螺杆菌的检查: 幽门螺杆菌阳性。

(4) 胃液分析: 胃溃疡病人胃酸分泌正常或稍低于正常, 十二指肠溃疡病人则常有胃酸分泌过高。尤以空腹和夜间明显。

(5) 粪便隐血试验: 活动性十二指肠溃疡或胃溃疡使粪便隐血试验阳性 (提示出血量在 5mL 以上), 经治疗 1~2 周内转阴。若胃溃疡患者粪便隐血试验持续阳性, 应怀疑有癌变可能。

### 四、治疗原则

治疗目的在于消除病因, 缓解疼痛, 促进溃疡愈合, 减少复发和避免并发症的发生。

#### 1. 消灭幽门螺杆菌的药物

十二指肠溃疡复发与幽门螺杆菌感染关系密切。质子泵阻滞剂或胶体铋剂与抗菌药物 (如氨苄西林、甲硝唑、克拉霉素等) 三联治疗, 根除幽门螺杆菌。

#### 2. 减少损害因素, 降低胃内酸度的药物

抗酸药物具有中和胃酸的作用, 可迅速缓解疼痛症状, 目前多作为加强止痛的辅助治疗。 $H_2$ 受体拮抗剂可抑制基础及刺激的胃酸分泌, 西咪替丁可通过血-脑脊液屏障, 偶有精神异常不良反应, 雷尼替丁、法莫替丁和尼扎替丁不良反应较少。质子泵抑制剂作用于壁细胞胃酸分泌终末步骤中的关键酶, 使其不可逆失活, 因此抑酸作用比  $H_2$  受体拮抗剂更强且作用更持久。对根除幽门螺杆菌的治疗, 质子泵抑制剂与抗生素的协同作用比  $H_2$  受体拮抗剂好, 因此是根除幽门螺杆菌治疗方案中的基础药物, 不良反应很少。

(1)  $H_2$  受体拮抗剂: 能阻止胃酸分泌。常用药物有西咪替丁、雷尼替丁和法莫替丁。不良反应较少, 主要为乏力、头昏、嗜睡和腹泻。

(2) 质子泵阻滞剂: 作用最强的胃酸分泌抑制剂, 以奥美拉唑 (洛赛克) 为代表。

(3) 制酸剂: 常用药物有氢氧化铝、碳酸氢钠、氢氧化镁合剂等。

### 3. 保护粘膜的药物

硫糖铝的抗溃疡机制主要与其粘附覆盖在溃疡面上，阻止胃酸/胃蛋白酶侵蚀胃肠溃疡面、促进内源性前列腺素合成和刺激表皮生长因子分泌等有关。枸橼酸铋钾除具有类似硫糖铝的作用机制外，还有较强抑制幽门螺杆菌的作用，短期服用除舌苔发黑外很少有不良反应，长期服用可能发生铋在体内过量积蓄而引起的神经毒性，故不宜长期服用。

(1) 胶体次枸橼酸铋：作用在酸性环境中，在溃疡面形成一层防止酸和胃蛋白酶侵袭的保护屏障。还具有**抗幽门螺杆菌**的作用。常用枸橼酸铋钾，餐前半小时服用。

(2) 硫糖铝：对粘膜起保护作用。餐前 1 小时服用。

(3) 前列腺素：因价格昂贵，不作为治疗首选的药物。

### 4. 减少复发

有效根除幽门螺杆菌和停用非甾体抗炎药，消除消化性溃疡的两大病因，因而可以减少溃疡复发。维持抑酸治疗，用  $H_2$  受体拮抗剂标准治疗剂量的半量睡前服用，时间可根据病情维持 3 个月~2 年不等（胃溃疡：3~4 周；十二指肠溃疡：4~6 周）。

### 5. 手术治疗

只限于有并发症的患者。

#### 1) 手术指征

手术指征有：大量出血经内科治疗无效；急性穿孔；瘢痕性幽门梗阻；胃溃疡疑有恶变；内科治疗无效的顽固性溃疡。

#### 2) 手术方法

##### (1) 胃大部切除术。

毕罗 (Billroth) I 式胃大部切除术：在胃大部分切除后，将胃的剩余部分——残胃与十二指肠吻合。多用于胃溃疡。比较接近正常的解剖生理状态，胆汁、胰液反流少并发症少，但术后溃疡易复发。

毕罗 II 式胃大部切除术：在胃大部切除后，将十二指肠残端缝合，将残胃与空肠上段行端侧吻合。胃溃疡、十二指肠溃疡均可用，特别适合十二指肠溃疡。可有各种术式。可与正常的解剖生理状态差别大，并发症多。

胃迷走神经切断术。

迷走神经干切断术：目前已经不用。

选择性迷走神经切断术：将胃左迷走神经分出的肝支、胃右迷走神经分出的腹腔切断，即只切断胃的迷走神经。发生的问题是胃潴留。需加胃引流手术，如幽门成形术、胃窦切除术、半胃切除术等。

高选择性胃迷走神经切断术：仅切断支配胃底、胃体的迷走神经，而保留胃窦部迷走神经，因而也称胃壁细胞迷走神经切断术或近端胃迷走神经切断术。因为保留了胃幽门的迷走神经支配，所以避免了胃潴留的并发症。但是，因为切断不完全或神经再生，容易复发。

#### 3) 术后常规护理

(1) 一般护理：术后病人血压平稳后取半卧位，定时测生命体征，观察腹部体征和腹腔引流液性质和量，胃肠减压期间静脉输液。

(2) 胃管与饮食护理：一般术后第 3 天拔除胃管进饮食，先从少量流质开始，如无恶心、腹胀等情况，逐渐增加到全量流质，术后 1 周可改半流质饮食。

(3) 腹腔引流管护理：很重要。

(4) 术后并发症的观察与处理。

4) 胃大部切除术后并发症的观察和护理

(1) **吻合口出血：早期、最容易出现的并发症。**毕罗 I 式、II 式均可发生。多发生于手术后 24 小时内。自胃管可吸出少量暗红色或咖啡色胃液，量为 100~300mL，若术后从胃管内持续流出大量鲜血，甚至呕血或便血，应考虑吻合口出血。先行非手术治疗，禁食、止血药物、输血等，若无效，需再次手术止血。

(2) **十二指肠残端破裂或瘘：早期并发症。**多发生于手术后 24~48 小时。毕罗 II 式发生。手术后的并发症的十二指肠残端破裂是毕罗 I 式胃大部切除术后严重并发症。表现为右上腹突发剧痛和局部明显压痛、腹肌紧张等急性弥漫性腹膜炎症状。应立即手术治疗。

(3) **胃肠吻合口破裂或瘘：早期并发症。**少见，多发生于术后 3~5 天，毕罗 I 式、II 式均可发生。引起急性弥漫性腹膜炎，应立即手术。

(4) **手术后梗阻：早期并发症。**术后梗阻的共同特征是呕吐，但呕吐物特点不一，**吻合口梗阻的呕吐物不含胆汁，输出段梗阻呕吐物既有胆汁也有食物。**不完全性输入段梗阻呕吐物含胆汁而无食物，**完全性输入段梗阻呕吐物无胆汁。**前 3 种梗阻可先采用非手术治疗，禁食、胃肠减压、洗胃、补液等，而完全性输入段梗阻应及早手术。

**吻合口梗阻：**毕罗 I 式、II 式均可发生。吻合口梗阻病人表现为进食后上腹饱胀，呕吐；呕吐物为食物，不含胆汁。

**输入空肠袢梗阻：**毕罗 II 式发生。又分为慢性不完全性空肠袢梗阻和急性完全性空肠袢梗阻。

**输出空肠袢梗阻：**毕罗 II 式发生。

(5) **倾倒综合征：晚期并发症。**常发生在毕罗 I 式术后，由于食物排空过快，吸收大量细胞外液，肠腔突然膨胀等引起。表现为进食后 10~20 分钟，出现上腹部饱胀不适、心悸、出汗、头晕、恶心、呕吐，甚至虚脱，伴肠鸣及腹泻。术后早期指导病人少食多餐，餐后平卧 20~30 分钟，避免过甜、过热流食，进食时不要喝水，通常通过饮食调节，逐渐自愈。

**早期倾倒综合征：**多在进食后 10~20 分钟发生。

**晚期倾倒综合征：**多在进食后 2~3 小时发生，也称低血糖综合征。

(6) **吻合口溃疡：晚期并发症。**毕罗 I 式、II 式均可见。

(7) **碱性反流性胃炎：晚期并发症。**多发生于毕罗 II 式术后 1~2 年。表现为上腹部烧灼样疼痛，进餐后加重，服抗酸药无效；呕吐胆汁样液体，体重减轻。

(8) **营养障碍：晚期并发症。**毕罗 I 式、II 式均可见。消瘦、体重减轻；贫血

## 五、护理问题

(1) **疼痛：**与消化道粘膜溃疡有关。

(2) **营养不良：**低于机体需要量，与腹痛导致摄入量减少、消化吸收障碍有关。

(3) **特定知识缺乏：**缺乏溃疡病防治的知识。

(4) **焦虑：**与疼痛、症状反复出现、病程迁延不愈有关。

(5) **潜在并发症：**上消化道出血、胃穿孔、幽门梗阻、癌变。

## 六、护理措施

### （一）一般护理

（1）较重的活动性溃疡病人或大便隐血试验阳性病人应卧床休息 1~2 周，以缓解疼痛等症状。缓解期，鼓励病人适当活动，劳逸结合。以不感到劳累和诱发疼痛为原则。

（2）护理人员应关心病人，鼓励其说出心中的顾虑与疑问。护士应耐心倾听并给予解答，以帮助病人减轻焦虑紧张心理。

（3）嘱病人定时进餐，少量多餐。进餐时应细嚼慢咽，不宜过快过饱。溃疡活动期可每天进餐 5~6 顿，不但可减轻胃肠道的负担，还可中和胃酸，症状控制后改为 3 次/天。食物应以清淡、富有营养的饮食为主，避免粗糙、过冷、过热、刺激性食物或饮料，如油煎食品、浓茶、咖啡、辛辣调味品等。**肉汤可刺激胃酸分泌，不适宜消化性溃疡患者。**

### （二）疼痛护理

（1）评估病人疼痛的特点，包括疼痛的部位、程度、持续时间、诱发因素，与饮食的关系，饭后疼痛或饭前疼痛，有无放射痛及有无恶心、呕吐等伴随症状出现。

（2）指导病人使用松弛术、局部热敷、针灸、理疗等方法，以减轻腹痛。

### （三）并发症护理

#### 1. 上消化道大量出血

（1）凡年龄在 45 岁以上，有长期溃疡病史反复发作者，8 小时内输血 400~800mL，血压仍不见好转者或大出血合并幽门梗阻或穿孔时，需做好术前准备。

（2）冰盐水洗胃法。作用主要是利用冰盐水来降低胃粘膜的温度，使血管收缩，血流量减少，以达止血目的。洗胃过程中要密切观察病人腹部情况，有无急性腹痛、腹膜炎，并观察心跳、呼吸和血压的变化。

#### 2. 穿孔

应早期发现，立即禁食，补血，补液，迅速做好术前准备，留置胃管与胃肠减压，争取 6~12 小时内紧急手术。

#### 3. 幽门梗阻

轻症病人可进流质饮食，重症病人需禁食，静脉补液，每日清晨和睡前准备 3% 盐水或 2%NaHCO<sub>3</sub> 溶液洗胃，保留 1 小时后排出。必要时行胃肠减压，一般连续吸 72 小时，使胃得到休息，幽门部水肿消退，梗阻松解；术前 3 天，每晚用 300~500mL **温等渗盐水洗胃，以减轻胃壁水肿和炎症。**准确记录出入量，定期复查血电解质。

#### 4. 癌变

少数胃溃疡可癌变，应加强观察，特别是中年以上病人，症状顽固，疼痛持久，失去原来的规律性，厌食，消瘦，胃酸缺乏，粪便隐血实验持续阳性，经内科积极治疗无效，应考虑癌变的可能性。

### （四）用药护理

遵医嘱正确服用药物，如抗酸药应在餐后 1 小时及睡前服用，避免与牛奶同服；抗胆碱能药及胃动力药如多潘立酮、西沙必利等应在餐前 1 小时及睡前 1 小时服用。嗜烟酒病人应帮助其戒烟酒。

- (1) 抗酸药：氢氧化铝凝胶等应在餐后 1 小时或睡前服用避免与牛奶同时服用。
- (2) 抗胆碱能药及胃动力药：如吗丁啉、西沙必利等应在餐前 1 小时及睡前 1 小时服用。
- (3)  $H_2$  受体拮抗剂：餐中或餐后即刻服用，也可一天的剂量夜间顿服。
- (4) 胃粘膜保护剂：硫糖铝在酸性环境下有效，应在餐前 1 小时与睡前给药。
- (5) 胶体铋剂在酸性环境下起作用，故在餐前 0.5 小时服用。注意大便黑是药物作用。
- (五) 心理护理

指导病人使用松弛术以减轻腹痛，对于年龄偏大、疼痛失去原来的规律性、粪便隐血试验持续阳性的胃溃疡病人，应怀疑有癌变可能，应嘱其定期到门诊复查，防止癌变。

## 七、健康教育

- (1) 告知病人导致消化性溃疡发病和病情加重的相关因素。
- (2) 指出保持情绪稳定。
- (3) 指导病人提高对环境的适应能力，避免与他人发生纠纷，创造宽松、和睦的家庭和社会环境，以及和谐的人际关系。
- (4) 帮助病人纠正不良的生活、饮食习惯，如合理安排生活和工作，保证充足的睡眠和休息，避免过度劳累。
- (5) 教会病人饮食规律，忌暴饮暴食，禁食辛辣、过酸的食物和油炸食品，不吃过冷或过热的食物；禁喝咖啡、红茶、酒类等饮料；戒烟、禁酒，建立合理的饮食结构。
- (6) 教会病人药物的正确使用方法。
- (7) 告知病人消化性溃疡常见并发症出血、穿孔、幽门梗阻、癌变等的迹象，叮嘱病人病程中一旦出现时应及时就诊。

## 高考链接

【例 1】(2007 年高考选择题) 瘢痕性幽门梗阻的突出症状是 ( )。

- A. 腹部剧痛      B. 明显腹肌紧张      C. 休克症状      D. 呕吐宿食

【分析】反复呕吐宿食是幽门梗阻的特征性表现。

【答案】D

【例 2】(2007 年高考选择题) 护理消化性溃疡合并上消化道大出血患者错误的是 ( )。

- A. 安慰病人，减轻紧张情绪      B. 绝对卧床休息  
C. 应立即进食，中和胃酸      D. 取去枕平卧位，头偏向一侧

【分析】上消化道大出血患者，禁食，补血，补液，迅速做好术前准备。

【答案】C

【例 3】(2013 年高考题) 消化性溃疡最常见的并发症是 ( )。

- A. 穿孔      B. 出血      C. 幽门梗阻      D. 癌变

【分析】上消化道出血是消化性溃疡最常见的并发症。

【答案】B

【例 4】(2013 年高考题) 十二指肠球部溃疡患者，腹痛加重 3 天，反复呕吐大量胃内容物，呕吐后疼痛缓解。该患者最可能合并 ( )。

A. 幽门梗阻      B. 穿孔      C. 癌变      D. 急性胰腺炎

【分析】十二指肠球部溃疡不会发生癌变，反复呕吐是幽门梗阻的表现

【答案】A

【例 5】(2013 年高考题) 与消化性溃疡发病无关的因素是 ( )。

A. 口服奥美拉唑      B. 胆汁反流      C. 幽门螺杆菌感染      D. 口服阿司匹林

【分析】奥美拉唑是质子泵抑制剂，是抑制胃酸分泌作用最强的药物，临床上常用来治疗消化性溃疡。

【答案】A

【例 6】(2013 年高考题) 大便隐血试验阳性，提示每日出血量至少为 ( )。

A. 100mL      B. 2mL      C. 5mL      D. 50mL

【分析】大便隐血试验阳性，提示每日出血量在 5mL 以上。

【答案】C

【例 7】(2006 年高考题) 患者，男性，50 岁，节律性上腹痛 10 余年，主要以餐后疼痛为主，冬春季较重。于 2 小时前，突然出现上腹部剧烈疼痛，很快蔓延至腹，伴恶心呕吐。入院时查体见急性痛苦病容，蜷曲体位，腹肌紧张，呈板状腹，全腹压痛、反跳痛，肠鸣音减弱。腹部透视间隔下见游离气体征。

(1) 请做出医疗初步诊断。

(2) 该患者在术前主要的护理措施有哪些？

【分析】病人节律性上腹部餐后痛多年，出现腹膜刺激征，透视膈下游离气体支持胃溃疡并穿孔的诊断。

【答案】(1) 初步诊断：胃溃疡并穿孔，急性腹膜炎。

(2) 禁饮食、持续胃肠减压，吸氧；密切观察病情、生命征的变化，记出入量；补液，补液，应用抗生素，迅速做好术前准备；配合医生，争取 6~12 小时内紧急手术。

【例 8】(2012 年高考题) 患者，男性，50 岁。既往胃溃疡病史 3 年。请写出胃溃疡的好发部位及并发症。

【分析】胃溃疡的好发部位是胃小弯及胃窦部。并发症包括出血（最常见）、穿孔（最严重）、幽门梗阻、癌变。

【答案】部位：胃小弯；胃窦部。

并发症：出血；穿孔；幽门梗阻；癌（或恶）变。

【例 9】(2015 年高考题) 抑制胃壁细胞  $H^+$  泵的抗消化性溃疡药是 ( )。

A. 奥美拉唑      B. 西咪替丁      C. 丙谷胺      D. 硫糖铝

【分析】抑制胃壁细胞  $H^+$  泵的抗消化性溃疡药就是质子泵阻滞剂，是作用最强的胃酸分泌抑制剂。代表药物：奥美拉唑、兰索拉唑。

【答案】A



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 消化性溃疡发病中起决定作用的是 ( )。

A. 胃酸、胃蛋白酶      B. 吸烟



- C. 饮食失调 D. O 型血型者
2. 胃溃疡的疼痛节律为 ( )。
- A. 餐前 30 分钟疼痛进餐缓解 B. 餐后即痛, 持续 2 小时缓解  
C. 餐后半小时开始痛至下餐前缓解 D. 餐后 2 小时疼痛进餐缓解
3. 十二指肠溃疡疼痛的特点是 ( )。
- A. 餐后即痛, 持续 2 小时后缓解 B. 餐后 1 小时开始, 持续 2 小时后缓解  
C. 餐后 2 小时开始, 持续 2 小时后缓解 D. 餐后 3~4 小时开始, 进餐后缓解
4. 男性, 34 岁, 患十二指肠溃疡病多年。于饱餐后突然出现上腹剧烈疼痛、腹肌紧张及休克。首先应考虑并发 ( )。
- A. 幽门梗阻 B. 急性胃穿孔 C. 急性胰腺炎 D. 急性胆囊炎
5. 王女士, 25 岁。间断上腹痛 3 年, 主要表现为空腹痛, 进食后缓解, 冬春季节多发。此病人最可能的诊断是 ( )。
- A. 胃溃疡 B. 十二指肠溃疡 C. 急性胰腺炎 D. 急性胆囊炎
6. 张先生, 35 岁。消化性溃疡 2 年, 近 1 个月疼痛节律性消失, 出现上腹痛持续性疼痛, 伴有频繁呕吐, 呕吐量大, 含酸性发酵宿食, 该病人最可能发生的并发症是 ( )。
- A. 上消化道出血 B. 穿孔 C. 肝性脑病 D. 幽门梗阻
7. 李先生, 36 岁。患十二指肠溃疡 5 年, 近 1 周, 每日解成形黑便 1 次, 量约 50g, 无呕血。病人今晨突然出现上腹剧痛, 伴恶心、呕吐。护理体检: 脉搏 92 次/分, 血压 100/70mmHg, 急性痛苦面容, 全腹压痛、反跳痛、肌紧张。最可能发生 ( )。
- A. 上消化道出血 B. 急性穿孔  
C. 癌变 D. 幽门梗阻
8. 消化性溃疡最主要的原因是 ( )。
- A. 服用阿司匹林 B. 幽门螺杆菌感染 C. 遗传 D. 饮食不当
9. 消化性溃疡最常见的并发症是 ( )。
- A. 出血 B. 穿孔 C. 梗阻 D. 癌变
10. 消化性溃疡病人饮食宜选择的食物是 ( )。
- A. 洋葱、芹菜、韭菜 B. 浓咖啡、浓茶  
C. 牛奶、鸡蛋、鱼等 D. 酸醋
11. 不宜与奶制品同服的药物是 ( )。
- A. 奥美拉唑 B. 雷尼替丁 C. 硫糖铝 D. 氢氧化铝
12. 关于消化性溃疡病人的饮食护理错误的是 ( )。
- A. 在溃疡活动期, 以少食多餐为宜 B. 避免夜间零食和睡前进食  
C. 多饮全脂牛奶 D. 避免刺激性食物
13. 对消化性溃疡并发急性穿孔病人实施的护理措施中, 错误的是 ( )。
- A. 协助进食以维持营养 B. 床头抬高  
C. 立即通知医生 D. 快速建立静脉通路
14. 典型胃溃疡病人上腹部疼痛节律性特点是 ( )。
- A. 疼痛—进食—缓解 B. 进食—缓解—疼痛  
C. 缓解—缓解—进食 D. 进食—疼痛—缓解

15. 消化性溃疡确诊首选的检查方法是 ( )。
- A. X 线钡餐检查                      B. 幽门螺杆菌监测  
C. 胃镜检查及胃粘膜活检              D. CT 检查
16. 消化性溃疡病的主要临床表现是 ( )。
- A. 持续性上腹痛                      B. 反酸、嗝气  
C. 慢性、周期性、节律性上腹痛              D. 食欲不振、上腹部不适
17. 消化性溃疡并发大出血急救的中心环节是 ( )。
- A. 补液、抗感染                      B. 禁食输液  
C. 止血、抗休克                      D. 立即手术治疗
18. 与消化性溃疡形成密切相关的致病菌是 ( )。
- A. 溶血性链球菌    B. 幽门螺杆菌    C. 厌氧菌                      D. 金黄色葡萄球菌
19. 抑制胃酸药作用最强的药物是 ( )。
- A. H<sub>2</sub> 受体拮抗剂    B. 抗胆碱能药物    C. 丙谷胺                      D. 奥美拉唑
20. 上消化道大量出血是指数小时内出血量多于 ( )。
- A. 500mL                      B. 600mL                      C. 1000mL                      D. 1500mL
21. 下列不符合溃疡病临床表现的是 ( )。
- A. 胃溃疡多为餐后痛                      B. 溃疡病疼痛可位于剑突下正中  
C. 十二指肠溃疡不引起幽门梗阻                      D. 溃疡病大出血后疼痛减轻
22. 当幽门梗阻出现持续性呕吐时,可引起 ( )。
- A. 低钾性碱中毒                      B. 低氯高钾碱中毒  
C. 低氯低钾酸中毒                      D. 低氯低钾碱中毒
23. 幽门梗阻时呕吐特点是 ( )。
- A. 鲜血                      B. 咖啡样                      C. 喷射性                      D. 隔夜食物
24. 应告知病人可致便秘及黑便的药物是 ( )。
- A. 胶体次枸橼酸铋钾                      B. 阿莫西林  
C. 甲硝唑                      D. 黄连素
25. 消化性溃疡进食不宜过饱,因为 ( )。
- A. 胃窦扩张刺激胃酸增多                      B. 阻塞幽门  
C. 饮食刺激溃疡出血                      D. 不易消化
26. X 线钡餐检查胃溃疡的主要诊断依据是 ( )。
- A. 龛影                      B. 变形                      C. 僵硬                      D. 痉挛
27. 以下不是溃疡病的常见并发症的是 ( )。
- A. 出血                      B. 穿孔                      C. 感染                      D. 幽门梗阻
28. 64 岁男性患者,8 年前胃肠钡剂造影检查发现胃小弯溃疡,上腹部节律性疼痛时好时坏。近来中上腹有饱胀感,大便隐血试验多次阳性,有贫血体征。你在家庭随访时首先应指导患者 ( )。
- A. 继续用药                      B. 注意饮食卫生  
C. 劳逸结合                      D. 立即就医
29. 有一患者上腹部胀痛不适已有多,曾多次赴院就诊,拟诊为胃溃疡或慢性胃炎。当他

向你咨询时, 您认为最好的鉴别方法是劝他做 ( )。

- A. X 线钡剂检查                      B. 大便隐血试验  
C. 纤维胃镜检查                      D. 胃液分析

30. 男患, 30 多岁, 诉上腹部疼痛 5 年, 近一周加重, 腹痛以空腹为重, 伴有反酸、嗝气, 近两天出现黑便, 查体: 上腹部有轻压痛, 肝脾未触及, 其诊断考虑为 ( )。

- A. 慢性胃炎合并上消化道出血                      B. 胃溃疡合并上消化道出血  
C. 十二指肠球部溃疡合并上消化道出血                      D. 胃癌合并上消化道出血

31. 胃溃疡最易发生的部位是 ( )。

- A. 贲门部                      B. 胃体部                      C. 胃小弯                      D. 胃大弯

32. 消化性溃疡的上腹痛特征不正确的是 ( )。

- A. 慢性、周期性发作                      B. 节律性与饮食关系密切  
C. 节律性改变提示出现并发症                      D. 典型者呈阵发性绞痛

33. 下列不符合胃溃疡癌变的特点的是 ( )。

- A. 上腹痛的规律性消失                      B. 食欲减退  
C. 进行性贫血、消瘦                      D. 反酸烧心加重

34. 胃溃疡并穿孔, 非手术治疗期间, 最重要的护理措施是 ( )。

- A. 半卧位                      B. 输液                      C. 胃肠减压                      D. 做好术前准备

35. 雷尼替丁治疗消化性溃疡的机制是 ( )。

- A. 阻断  $H^+-K^+-ATP$  酶                      B. 拮抗  $H_2$  受体  
C. 中和胃酸                      D. 加速胃排空

36. 毕罗 式胃大部分切除术的特点是 ( )。

- A. 胆汁、胰液反流少                      B. 重建后胃肠道接近正常解剖生理状态  
C. 术后溃疡易复发                      D. 残留胃与上段空肠吻合

37. 病人, 男性, 37 岁, 患胃溃疡 9 年以上。行毕罗 式胃大部切除术后第 5 日, 突发右上腹剧痛, 腹部有明显压痛、反跳痛和腹肌紧张。首先考虑并发了 ( )。

- A. 吻合口出血                      B. 急性输入襻梗阻  
C. 倾倒综合征                      D. 十二指肠残端破裂

38. 患者, 女性, 46 岁。胃大部切除术后 1 周, 进食后上腹饱胀并呕吐, 呕吐食物无胆汁, 最可能发生的并发症是 ( )。

- A. 吻合口梗阻                      B. 吻合口近侧空肠梗阻  
C. 十二指肠残端破裂                      D. 吻合口远侧空肠梗阻

39. 倾倒综合征的表现, 下列错误的是 ( )。

- A. 发生于饮食后 10~30 分钟  
B. 上腹胀痛, 心悸, 出汗, 恶心, 呕吐  
C. 重者可有肠鸣腹泻  
D. 严重者可引起休克

40. 不属于幽门梗阻的特征的是 ( )。

- A. 剧烈腹痛                      B. 呕吐宿食气味酸腐  
C. 呕吐后腹痛加重                      D. 上腹部可见胃型

41. 患者, 男性, 56 岁。常于餐后 3~4 小时上腹部胀痛, 进食后缓解。最近 1 周来中上腹部持续性胀痛, 较以往严重, 伴恶心、呕吐。2 小时前呕血一次后十分紧张, 气促明显, 测血压为 13.7/9.6kPa (103/72mmHg)。您认为该患者潜在的护理问题是( )。

- A. 疼痛                      B. 体液不足                      C. 焦虑                      D. 休克

42. 患者, 男性, 41 岁, 胃溃疡病史 3 年, 昨日行胃大部切除术。今日患者向主管护士询问术后进食时间, 下列指征表示允许患者进食的是( )。

- A. 麻醉作用消失、血压平稳                      B. 病情好转  
C. 肠蠕动恢复、肛门排气                      D. 伤口拆线后

43. 女性, 47 岁, 以“十二指肠溃疡”收住院, 经内科治疗后病情好转。患者出院时咨询饮食保健相关知识, 下列食用汤类中对她较适宜的是( )。

- A. 咖喱牛肉汤                      B. 菜末蛋花汤                      C. 榨菜肉丝汤                      D. 老母鸡汤

44. 患者, 男性, 37 岁, 有溃疡病史。中午饱餐后, 出现上腹剧烈疼痛, 伴恶心呕吐, 腹肌紧张, 出冷汗, 休克, 考虑溃疡病穿孔, 下列对诊断最有意义的指征是( )。

- A. 剧烈腹痛                      B. X 线检查见膈下游离气体  
C. 板状腹                      D. 休克

45. 病人, 男性, 58 岁, 患十二指肠溃疡 10 年。近 1 个月以来, 上腹部胀满不适, 并反复呕吐有酸臭味的宿食。查体: 粘膜干燥, 皮肤弹性差, 上腹膨隆, 可见胃型和蠕动波, 有振水音, 诊断为瘢痕性幽门梗阻, 拟手术治疗, 针对该并发症, 正确的处理是( )。

- A. 输液、输血                      B. 禁食, 胃肠减压  
C. 调节饮食, 餐后平卧                      D. 按医嘱应用抗生素

46. 瘢痕性幽门梗阻病人, 术后第 2 周, 进食 10~20 分钟后出现上腹胀饱、头晕、心悸、出冷汗、恶心呕吐。考虑可能发生了( )。

- A. 输入段肠袢梗阻                      B. 吻合口梗阻  
C. 十二指肠残端破裂                      D. 倾倒综合征

47. 病人行毕罗 II 式胃大部分切除术, 术后第 1 天, 护士查房时见胃管内吸出咖啡色胃液约 280mL。正确的处理是( )。

- A. 继续观察, 不需特殊处理                      B. 加快静脉输液速度  
C. 应用止血药                      D. 胃管内灌注冰盐水

48. 病人, 男性, 58 岁, 患十二指肠溃疡 10 年。近 1 个月以来, 上腹部胀满不适, 并反复呕吐有酸臭味的宿食。查体: 粘膜干燥, 皮肤弹性差, 上腹膨隆, 可见胃型和蠕动波, 有振水音, 诊断为瘢痕性幽门梗阻, 拟手术治疗, 为减轻胃粘膜水肿, 主要的护理措施是( )。

- A. 每晚用温等渗盐水洗胃                      B. 禁食、留置胃管  
C. 给予流质饮食                      D. 纠正电解质酸碱紊乱

49. 胃大部切除术后, 最早易出现的并发症是( )。

- A. 倾倒综合征                      B. 吻合口瘘                      C. 上消化道出血                      D. 低血糖综合征

50. 腹部手术病人清醒, 血压平稳, 应采取的体位是( )。

- A. 平卧位                      B. 侧卧位  
C. 30°~45°半卧位, 膝关节稍屈曲                      D. 去枕平卧

51. 胃大部切除术后一般病人, 其饮食护理是( )。

- A. 第 1 天进流质, 第 4 天进半流质      B. 第 2 天进流质, 第 4 天进半流质  
C. 第 3 天进流质, 第 5 天进半流质      D. 第 3 天进流质, 1 周进半流质

52. 李某, 男, 胃大部切除术后 10 小时。病人正在静脉输液, 出现面色苍白, 四肢湿冷, 脉细速, 胃肠减压瓶内有 600mL 鲜红色液体。护士首先应采取的措施是 ( )。

- A. 配血, 做好术前准备      B. 经胃管注入去甲肾上腺素  
C. 病人平卧, 加快输液速度      D. 静脉滴注止血剂

53. 季某, 男, 因十二指肠溃疡并发瘢痕性幽门梗阻, 反复呕吐宿食, 消瘦, 皮肤干燥, 弹性消失。入院后经充分术前准备, 在硬脊膜外麻醉下行胃大部切除术。该病人入院时的护理诊断是 ( )。

- A. 心输出量减少      B. 体液不足  
C. 组织灌注量改变      D. 活动无耐力

54. 术后若发生胃肠吻合出血。最早出现的临床表现是 ( )。

- A. 脉搏细速, 血压下降      B. 烦躁不安, 面色苍白  
C. 尿量减少, 四肢湿冷      D. 胃管内吸出大量血液

55. 男性, 30 岁, 夜间发作性腹部烧灼样痛 2 月余, 进食后能迅速缓解, 昨起排柏油样便 3 次, 今晨起床晕倒。体检: 体温 37℃, 脉搏 120 次/分, 呼吸 24 次/分, 血压 80/50mmHg。神志恍惚, 皮肤苍白, 四肢厥冷。该病人的基本病因是 ( )。

- A. 胃溃疡      B. 十二指肠溃疡  
C. 食管-胃底静脉曲张      D. 胃癌

## 二、简答题

1. 消化性溃疡上腹痛有何特点?
2. 消化性溃疡常见的并发症有哪些?
3. 简述溃疡病合并大出血的护理要点。
4. 胃溃疡和十二指肠溃疡上腹痛特点的比较。
5. 简要归纳消化性溃疡患者饮食护理指导。

## 三、视图题

- (1) 请在图 3-1 中标出胃溃疡、十二指肠球部溃疡的好发部位, 并用文字描述。
- (2) 消化性溃疡常见的护理诊断有哪些?

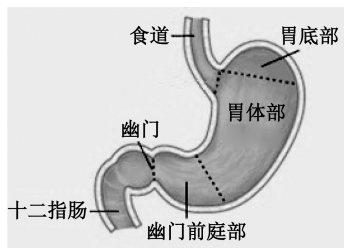


图 3-1 第三题图

## 四、综合分析题

患者, 男性, 45 岁。以“反复腹胀 1 年多”入院。病人自 1 年前开始出现上腹胀痛, 剑突下明显, 呈间歇性, 疼痛较轻, 能忍受, 疼痛多在餐后 1 小时内出现, 无反酸、恶心、呕吐、纳差、

腹泻、呕血等不适。排便后可缓解，排便结束后见少许血丝，无粘液血便、里急后重等不适。发病以来精神、睡眠、饮食可，大便如上述，小便未见异常，体重无明显减轻。

问题：(1) 该患者的主要医疗诊断是什么？

(2) 该患者进一步的辅助检查有哪些？

(3) 作为一名合格的护理人员，你应该告知患者哪些注意事项？

### 第三节 急性胰腺炎病人的护理



#### 考纲要求

1. 掌握急性胰腺炎的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解急性胰腺炎的发病机制、护理诊断、治疗要点。
3. 了解急性胰腺炎的概念、分类。



#### 知识梳理

##### 一、概述

###### (一) 定义

急性胰腺炎是多种病因导致**胰酶在胰腺内被激活**后引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应。

###### (二) 病因、分类与发病机制

###### 1. 病因

急性胰腺炎的病因很多。常见的有以下几种。

(1) 胆石病与胆道疾病，**胆石病最为常见**，由于胰管与胆总管汇合成共同通道，并开口于十二指肠壶腹部，一旦结石镶嵌在壶腹部，将会导致胰腺炎与上行胆管炎。

(2) 大量饮酒与暴食、暴饮；使十二指肠大乳头水肿和 Oddi 括约肌痉挛。

(3) 胰管阻塞，当胰液大量分泌时胰管内压增高，使胰管小分支和胰腺泡破裂，胰液与消化酶渗入间质，引起急性胰腺炎。

(4) 其他，分泌与代谢障碍、药物、手术创伤、感染等。

###### 2. 分类

急性胰腺炎的病理变化分为急性水肿型和急性坏死性两型。

###### 3. 发病机制

急性胰腺炎的发病机制未完全明了，共识的是**胰腺自身消化**的理论。各种病因使其胰泡内的酶原激活，发现胰腺自身消化的连锁反应，胰腺导管内通透性增加，使活性胰酶渗入胰腺组织，加重胰腺炎症。重症急性胰腺炎在不同程度上可波及邻近组织和其他脏器系统。

##### 二、护理评估

###### (一) 健康史

询问病人有无： 急慢性胆道疾病、胰腺、十二指肠疾病史； 酗酒、暴饮暴食等诱因；

腹部创伤、手术、代谢病、急性传染病病史； 服用硫唑嘌呤、噻嗪类利尿剂、糖皮质激素等药物史。

## （二）身体状况

### 1. 症状

（1）**腹痛：为主要和首发症状**，常在暴饮暴食或酗酒突然发作，轻重不一，呈**持续性**，可有**阵发性加剧**，为钝痛、刀割样痛、绞痛。疼痛部位多位于中上腹，**可向腰背部放射**。轻症病人3~5天可缓解，重症病情发展迅速，腹痛持续时间长，腹膜炎时疼痛波及全腹。

（2）**恶心、呕吐与腹胀**：频繁的恶心与呕吐，**呕吐后腹部疼痛并不减轻**。

（3）**发热**：有中度以上的发热，持续3~5天。若体温超过39℃持续不退提示重症胰腺炎合并继发性腹膜炎、胰腺脓肿、胆道系统感染。

（4）**电解质、酸碱平衡、代谢紊乱**：多有脱水、低血钾，呕吐频繁可有代谢性碱中毒，重症可有明显脱水和代谢性酸中毒，**严重低血钙**病人会出现手足抽搐，提示**预后不良**。

（5）**休克**：重症胰腺炎可发生，主要是因为有效血容量不足，缓激肽类物质致周围血管扩张并发消化道出血。

### 2. 体征

（1）**轻症急性胰腺炎**：腹部体征较轻，腹部有深压痛，与腹痛程度不相符，可有腹胀和肠鸣音减少，无肌紧张和反跳痛。

（2）**重症急性胰腺炎**：患者上腹或全腹压痛，腹肌紧张，反跳痛，肠鸣音减弱，可出现移动性浊音。腹水多呈血性，其中淀粉酶明显升高，少数患者因胰酶、坏死组织及出血沿腹膜间隙和肌层渗入腹壁下，**致两侧胁腹部皮肤呈暗灰蓝色，称 Grey-Turner 征**，可致**脐周皮肤青紫，称 Cullen 征**，在胆石症引起的胆总管受压时，胆总管梗阻，合并肝脏功能的损害等可出现黄疸。

（3）**并发症**：主要见于重症急性胰腺炎。局部并发症有胰腺脓肿、假性囊肿；全身并发症有急性呼吸窘迫综合征、急性肾衰竭、心力衰竭、消化道出血、败血症、糖尿病等，病死率高。

### 3. 心理-社会状况

由于起病急、疼痛剧烈，病人表现痛苦呻吟、烦躁不安，加之对疾病认识不足，产生紧张、焦虑心理，甚至感到死亡的危险。

## 三、实验室与特殊检查

（1）**血、尿淀粉酶测定**：**血清胰淀粉酶在发病6~12小时开始升高**，48小时开始下降，可持续3~5天，较正常可高出3倍以上可确诊本病。**尿淀粉酶在发病12~14小时开始升高**，下降缓慢，持续1~2周，但受患者尿量影响。

（2）**血清脂肪酶测定**：常在发病24~72小时上升，持续7~10天。

（3）**C反应蛋白**：在胰腺坏死时明显增高，可评估、检测急性胰腺炎的严重程度。

（4）**生化检查**：血糖暂时性升高（血糖升高较常见，空腹血糖持续高于10mmol/L反映胰腺坏死），血清AST、LDH可增高，血钙降低，若血钙低于1.5mmol/L以下提示预后不良

（5）**腹腔穿刺**：有腹膜炎而诊断胰腺炎困难时，可进行腹腔穿刺，如抽出血性或深啤酒色液体，其淀粉酶含量高于血清水平有诊断意义。

（6）**影像检查**：**腹部B超**，显示胰腺肿大亦可了解胆道情况；**CT检查**，显示胰腺局限或弥漫性肿大，轮廓不规则，对确定胰腺坏死部位、胰腺侵犯的程度、明确诊断有重要的价值。轻症与重症急性胰腺炎的鉴别要点如表3-2所示。

表 3-2 轻症与重症急性胰腺炎的鉴别要点

鉴别要点	轻症急性胰腺炎	重症急性胰腺炎
腹痛	常位于中上腹，向腰背部呈带状放射，3~5 天后缓解	全腹痛
恶心、呕吐、腹胀	常有，吐后腹痛不减轻	剧烈，甚至出现麻痹性肠梗阻
发热	中等度，持续 3~5 天	持续时间长或逐日升高
水、电解质及酸碱平衡紊乱	脱水、代谢性碱中毒	明显脱水、代谢性酸中毒
低血压和休克	少见	常有，表现为烦躁不安、四肢厥冷、皮肤呈斑点状
并发症	少见	有局部（胰腺脓肿或假性囊肿）或全身并发症（器官功能衰竭）
体征	上腹压痛，无腹肌紧张和反跳痛	腹肌强直、腹膜刺激征，Grey-Turner 征或 Cullen 征
实验室检查	血尿淀粉酶升高	血尿淀粉酶升高、正常或突然下降，血钙显著下降至 2mmol/L 以下，血糖大于 11.2mmol/L（无糖尿病史）。腹腔诊断性穿刺有高淀粉酶活性的腹水
CT 检查	胰腺非特异性增大、增厚，胰周围边缘不规则	胰周围区消失；网膜囊和网膜脂肪变性，密度增加；胸腹膜腔积液

#### 四、治疗与预防要点

大多数急性胰腺炎属于轻症急性胰腺炎，经非手术治疗 3~5 天可愈合。重症胰腺炎必须采用综合性治疗措施，包括手术治疗。

##### 1. 综合性治疗

（1）抑制胰腺分泌：**早期禁食水（1~3 天）**，但要注意营养支持，重症患者可采用**全胃肠外营养**，病情好转可进少量的清淡的流质饮食；**持续胃肠减压，减少胰腺分泌**；**生长抑素**，可抑制胰液和胰酶分泌，抑制胰酶合成的作用，它还能减轻腹痛，减少局部并发症。

（2）抗胰酶疗法：**重症患者应早期使用胰酶抑制剂**，静脉滴注**抑肽酶**，10 万 U/次、每日 2 次，可抑制胰蛋白酶的活性；口服乙酰唑胺 0.25~0.5g，每日 2~3 次，可减少胰腺外分泌；5-氟尿嘧啶 250~500mg 加入 5%的葡萄糖溶液 500mL 静脉滴注，每日 1 次，持续 3~7 天，可抑制抑肽酶的合成； $H_2$ 受体阻滞剂、抗胆碱能药、**生长抑素**、**加贝酯**等也有一定的作用。

（3）积极抗休克治疗，维持水、电解质和酸碱平衡：积极补充有效血容量及水、电解质，重症患者如有休克，应给予白蛋白、鲜血和血浆代用品。补充血容量后循环衰竭仍未改善者，可用血管活性药物。伴有代谢性酸中毒者应补碱。出现手足抽搐症可静脉注射 10%葡萄糖酸钙 10~20mL。

（4）解痉止痛治疗：腹痛严重者给予哌替啶，应同时给解痉药山莨菪碱、阿托品，但**禁用吗啡，以免引起 Oddi 括约肌痉挛**。

（5）抗感染：重症胰腺炎使用抗生素，可能预防胰腺坏死合并的感染，常选用大肠埃希菌、对胰腺渗透性较好的抗生素，并联合应用对厌氧菌有效的药物。

（6）防治各种并发症：对腹膜炎病人多采用腹膜透析治疗；成人型呼吸窘迫综合征，除药物治疗外，可做气管切开应用人工呼吸机；有急性肾衰竭时，多采取透析疗法；并发糖尿病者可使用胰岛素。



## 2. 手术治疗

(1) 腹腔灌洗：腹腔灌洗可清除腹腔内细菌、内毒素、胰酶、炎性因子等，减少这些物质进入血液循环后对全身脏器损害。

(2) 手术治疗：手术治疗可解除胆道梗阻，清除坏死胰腺及周围的坏死组织，可进行局部引流和持续灌洗。适应症主要有：重症胰腺炎经内科治疗无效；胰腺炎并发脓肿、假囊肿、胆道梗阻加重者、弥漫性腹膜炎（肠穿孔、肠坏死）可手术治疗。

## 五、护理诊断及合作性问题

- (1) 急性疼痛：与胰腺及周围组织炎症有关。
- (2) 体温过高：与胰腺炎症、坏死或继发感染有关。
- (3) 有体液不足的危险：与呕吐、禁食、胃肠减压或出血有关。
- (4) 恐惧：与起病急、疼痛剧烈、症状明显且痛苦、反复发病、缺乏知识有关。
- (5) 潜在并发症：并发胰腺脓肿、假囊肿、弥漫性腹膜炎（肠穿孔、肠坏死）呼吸窘迫综合征、急性肾衰竭、糖尿病等。

## 六、护理措施

### （一）一般护理

(1) 休息与体位：绝对卧床休息，选择病人感舒适的体位，如弯腰、屈膝侧卧，以减轻腹痛；患者腹痛剧烈、情绪不稳，防止摔伤、坠床。病情允许可让病人遵医嘱指导其下床活动。

(2) 饮食护理：急性期**严格禁食、水1~3天**，以减少胃酸和食物刺激胰腺分泌，并可减轻呕吐和腹胀，胃肠减压时，禁食期间每日应补液3000mL以上。保证水、电解质、能量的输入。并做好口腔护理；腹痛和呕吐基本消失后，可从少量、流质、低糖、低脂逐渐过渡到普通饮食，避免刺激性强、产气过多高脂、高蛋白食物。切忌暴饮暴食和酗酒。

### （二）病情观察

- (1) 严密观察生命体征、神志、尿量变化。
- (2) 观察呕吐物和胃肠减压时引流物的性状、量，记录24小时出入液量，观察皮肤弹性，判断失水程度。
- (3) 观察腹痛的程度及性质有无改变。
- (4) 遵医嘱定时留取尿液标本，了解淀粉酶、血象情况，以及有无低钾、低钠的临床表现。

### （三）对症护理

- (1) 腹痛：遵医嘱使用止痛药，行心理护理、分散注意力、变换体位。
- (2) 发热：严密观察体温变化，发热时做好降温处理、皮肤、口腔的护理。
- (3) 呕吐：安置胃管，也可据病情遵医嘱使用止吐药，如胃复安肌注。

### （四）用药护理

- (1) 准确及时地遵医嘱使用抗菌药物，要注意疗程，预防产生耐药性或二重感染。
- (2) 使用西咪替丁静脉给药时，偶有血压降低、心跳停止等，给药速度不宜过快，密切观察病人反应，使用洛塞克、泰美尼克抑酸药物注意疗程。
- (3) 使用抑制胰酶活性的药物时要注意速度不宜过快，勿将药液注入血管外；使用抑肽酶，可产生抗体，有过敏的可能。

(4) 胰腺炎急性期液体品种、量较多,要合理安排,保证及时准确地输入,防止短时间输入大量液体致肺水肿。

(5) 重症胰腺炎的抢救配合:安置病人于监护病房;观察生命征及有无并发症,监测水、电解质酸碱平衡有无紊乱,监测血糖、血钙水平。备好抢救药物、物品;抢救低血容量性休克;发生急性呼吸窘迫综合征时,遵医嘱给氧、气管切开、机械通气等。

#### (五) 心理护理

经常巡视病房,关心安慰病人,及时解决病人的痛苦和护理要求,向病人介绍本病的常见发病原因、治疗方法、效果,消除其紧张、恐惧心理。

### 七、健康教育

#### (一) 疾病知识指导

向病人介绍本病的本病知识(常见发病原因、常见诱因、疾病过程、治疗方法及效果),减轻病人的紧张、恐惧心理。

#### (二) 生活指导

(1) 指导病人及家属掌握引起急性胰腺炎的基本知识,防止和减少急性胰腺炎的发生。

(2) 应使病人及家属认识到病情的严重性。嘱病人要加强自我保健、树立战胜疾病的信心。

(3) 急性胰腺炎系各类胆石症、饮食因素、肥胖等所致,并且有较明显的诱发因素,要求病人自觉避免诱因。即限制酒精摄入、改变不良生活习惯及方式、不滥用药物、避免各种感染、戒烟、及时治疗胆道疾病等。从而预防疾病的发生(勿暴饮暴食、大量酗酒及长期摄入大量高脂肪饮食或刺激性大饮食;切忌盲目自行滥用药物和擅自改变饮食。进食指标一般是查白细胞及淀粉酶基本正常,腹痛消失。开始从流质饮食,如米汤、少量糖开水,如无腹痛或呕吐不适,再逐步过渡到半流饮食。切记不能贪食,避免诱导疾病再次发生或加重。要积极治疗胆石症,遵医生要求保守或手术治疗胆石症)。

(4) 指导家属学会观察病人病情的变化,特别是腹痛情况、呕吐、发热,一旦出现应及时治疗,防止病情进一步恶化。与患者交流,介绍其他急性胰腺炎病患或已经康复的病患配合治疗的重要性,以及治疗方法、过程及预后。

(5) 患病期间,严格卧床休息;恢复期亦要休息好,不能劳累。积极配合治疗。定期随访。



### 高考链接

【例 1】(2010 年高考题)不属于急性胰腺炎并发症的是( )。

- A. 急性肾衰竭
- B. 糖尿病
- C. 慢性胆囊炎
- D. 败血症

【分析】慢性胆囊炎是引起急性胰腺炎常见的病因。急性胰腺炎的局部并发症有胰腺脓肿、假性囊肿;全身并发症有急性呼吸窘迫综合征、急性肾衰竭、心力衰竭、消化道出血、败血症、糖尿病等。

【答案】C

【例 2】(2012 年高考题)急性胰腺炎发病后 6 小时,对诊断最有价值的检查项目是( )。

- A. 血清淀粉酶
- B. 血清脂肪酶
- C. 血糖
- D. 血钙

【分析】急性胰腺炎的病人血清淀粉酶在起病后 6~12 小时开始升高,48 小时后开始下降,

是早期诊断急性胰腺炎的重要指标。

【答案】A

【例3】(2013年高考题)在我国引起急性胰腺炎最常见的病因为( )。

A. 酗酒 B. 暴饮暴食 C. 细菌感染 D. 胆道疾病

【分析】胆道疾病特别是胆结石是我国引起急性胰腺炎最常见的病因。

【答案】D

【例4】(2013年高考题)急性胰腺炎首发症状是( )。

A. 发热 B. 腹泻 C. 休克 D. 腹痛

【分析】腹痛是急性胰腺炎最常见的也是首发症状,常位于中上腹。

【答案】D

【例5】(2012年高考题)患者,男性,24岁。因大量饮酒后不适到医院就诊,诊断为急性胰腺炎。请写出该病的症状。

【分析】急性胰腺炎是最早最突出的表现是腹痛,常位于中上腹;胃肠道症状可出现恶心呕吐;继发感染或坏死物质吸收热可导致发热;大量呕吐以及腹腔渗液可出现电解质、酸碱平衡紊乱;严重出血坏死性胰腺炎时可导致微循环障碍出现休克。

【答案】腹痛;恶心、呕吐;发热;电解质、酸碱平衡紊乱;休克。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 与急性胰腺炎的发病有关的是( )。

A. 暴饮暴食 B. 霉变食物 C. 幽门螺杆菌 D. 便秘

2. 判断急性胰腺炎预后有意义的指标是( )。

A. 血清脂肪酶 B. 血清淀粉酶 C. 血糖 D. 血钙

3. 程先生,40岁。脂肪餐后2小时发生中上腹部持续性剧痛,8小时后来医院急诊。当时拟诊为急性胰腺炎。最可靠的依据是( )。

A. 尿淀粉酶 260Somogyi 单位 B. 血钙 1.75mmol/L

C. 血清淀粉酶 500Somogyi 单位 D. 血糖 8.9mmol/L

4. 急性坏死胰腺炎时,下列检查结果错误的是( )。

A. 血清淀粉酶升高 B. 血糖升高

C. 血清脂肪酶早期升高 D. 血钙升高

5. 下列有关急性胰腺炎的叙述正确的是( )。

A. 男性多于女性

B. 使用抑肽酶抑制胰酶的活性

C. 可用吗啡止痛

D. 严重性与淀粉酶的升高程度成正比

6. 出血坏死型胰腺炎的 Cullen 征是指( )。

A. 胁腹皮肤呈灰紫色斑

B. 脐周皮肤呈灰紫色斑

C. 胁腹皮肤呈青紫

D. 脐周皮肤呈青紫

7. 急性胰腺炎主要的表现应除外( )。

A. 恶心、呕吐

B. 腹痛

C. 发热

D. 头痛

8. 急性胰腺炎患者禁食、胃肠减压的主要目的是( )。

- A. 防止感染蔓延 B. 减少胃酸分泌  
C. 减少胰腺分泌 D. 避免胃扩张
9. 急性胰腺炎病人出现手足抽搐提示病人有 ( )  
A. 低血钙 B. 低血钾 C. 低血钠 D. 低血镁
10. 暴饮暴食或酗酒最易引起的急腹症是 ( )  
A. 肠扭转 D. 粘连性肠梗阻  
C. 急性坏疽性阑尾炎 D. 急性胰腺炎
11. 急性胰腺炎是 ( )  
A. 胰腺细菌感染 B. 胰酶自身消化所致的化学性炎症  
C. 蛔虫导致胰腺炎症 D. 胰腺霉菌感染
12. 急性胰腺炎血压降低的最主要的原因是 ( )  
A. 血容量不足 B. 消化道出血  
C. 心肌收缩不良 D. 周围血管扩张
13. 如果没有并发症, 急性胰腺炎发热一般持续 ( )  
A. 1~2 天 B. 3~5 天 C. 5~10 天 D. 10~14 天
14. 血清淀粉酶升高一般在急性胰腺炎症状出现后 ( )  
A. 即刻 B. 3~4 小时 C. 8~12 小时 D. 24~48 小时
15. 对急性胰腺炎引起的腹痛, 处理不合理的是 ( )  
A. 阿托品 B. 阿托品+哌替啶 C. 剧痛时可用吗啡 D. 吲哚美辛
16. 男, 40 岁, 体胖。进食大量油腻食物后, 出现中上腹部持续性疼痛, 向左后背部放射, 可能的诊断是 ( )  
A. 消化性溃疡并穿孔 B. 急性胰腺炎  
C. 左肾结石 D. 急性胆囊炎
17. 男性, 35 岁。急性胰腺炎住院。腹痛明显, 2 分钟闻及 1 次肠鸣音, 音调低。处理不妥的是 ( )  
A. 禁食 B. 胃肠减压 C. 注射哌替啶 D. 注射阿托品
18. 林某, 饭后出现上腹部剧痛, 向腰背部放射, 恶心、呕吐, 血清淀粉酶 500U/dL, 可诊断为 ( )  
A. 急性胃炎 B. 急性消化道穿孔 C. 急性胰腺炎 D. 急性肠扭转
19. 临床上将急性胰腺炎分为 ( )  
A. 水肿型、坏死性 B. 间质性、弥漫性 C. 轻症、重症 D. 浅表性、萎缩性

## 二、简答题

1. 急性胰腺炎护理时哪些方法可减少胰腺外分泌?

2. 简述重症胰腺炎的抢救配合措施。

## 三、视图题

1. 观察图 3-2, 标出胰腺分泌的胰液通过胰腺导管开口于十二指肠的部位 (十二指肠的分部的哪个部位) 并用文字描述。

2. 引起胰腺炎的病因有哪些?

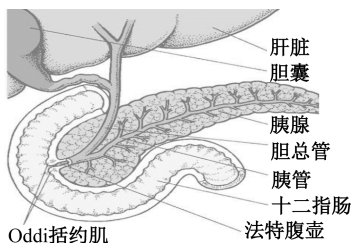


图 3-2 第三题图

#### 四、综合分析题

68 岁，女性。因“上腹痛、呕吐 8 小时”入院。10 小时前因家庭聚会进食过多的油腻食物。既往有“胆囊结石”病史 20 年。查体：体温 37°C，血压 134/63mmHg。腹平软，中上腹深压痛，无反跳痛，Murphy 征(+)，肠鸣音减弱。急查血清淀粉酶：1000U/dL。

- (1) 病人的临床诊断是什么？
- (2) 护理诊断有哪些？
- (3) 简述出院后的健康教育内容。

### 第四节 急性化脓性腹膜炎病人的护理



#### 考纲要求

1. 掌握急性化脓性腹膜炎的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解急性化脓性腹膜炎的发病机制、护理诊断、治疗要点。
3. 了解急性化脓性腹膜炎的概念、分类。



#### 知识梳理

##### 一、概述

##### (一) 概念、分类

急性化脓性腹膜炎是由化脓性细菌感染或受化学性、物理性损伤等因素引起的腹膜急性炎症。按发病机制可分为原发性与继发性两类；按病因可分为细菌性（化脓性）和非细菌性两类；按累及范围分为弥漫性与局限性两类。临床所称急性腹膜炎多指急性继发性化脓性腹膜炎，其病情急，变化快，是一种常见的外科急腹症。

##### (二) 病因、致病机理

##### 1. 继发性腹膜炎

**继发性腹膜炎最常见。**主要致病菌多为大肠埃希菌，其次是厌氧拟杆菌和链球菌等。大多为混合感染，故毒性较强。最常见下列病因。

(1) **腹内脏器穿孔或破裂：**是急性继发性化脓性腹膜炎最常见的病因，如胃十二指肠破溃疡急性穿孔、腹部损伤引起的内脏破裂、急性阑尾炎穿孔或急性坏疽性胆囊炎穿孔等。

(2) 腹内脏器炎症扩散：如急性化脓性阑尾炎、急性胰腺炎、绞窄性肠梗阻、女性生殖器官化脓性感染等扩散而引起的腹膜炎。

(3) 其他：如腹部手术时腹腔污染、胃肠道、胆道、胰管手术的吻合口瘘等。

## 2. 原发性腹膜炎

**腹腔内无原发性病灶**，临床上较少见。**致病菌多为溶血性链球菌、肺炎双球菌或大肠埃希菌。**细菌进入腹腔的途径为：血行传播，常见于婴儿和儿童；上行性感染，女性生殖道感染细菌向上扩散到腹腔，如淋菌性腹膜炎；直接扩散，泌尿系统感染细菌直接扩散到腹膜腔；透壁性感染，如肝硬化腹水、肾病、猩红热或营养不良等机体抵抗力低下时，肠腔内细菌即有可能透过肠壁进入腹膜腔，引起腹膜炎。原发性腹膜炎感染广泛，但一般不需手术治疗。

### (三) 病理生理

腹膜受细菌、胃肠内容物、血液和尿液刺激后，立即产生**炎症反应**，表现为腹膜充血，水肿，失去光泽，并产生大量浆液性渗出液，渗出液中的大量吞噬细胞、中性粒细胞，以及坏死组织、细菌和凝固的纤维蛋白使渗出液逐渐混浊而成为**脓液**。病变较重者，腹膜严重充血水肿并渗出大量液体引起**缺水及电解质紊乱**，腹腔内器官浸泡在大量脓液中，形成麻痹性肠梗阻，肠腔内大量积液，加之高热、呕吐，引起血容量明显减少；同时，肠管因麻痹扩张使膈肌抬高，影响心肺功能；细菌入侵和毒素吸收易致感染性**休克**；严重者可导致死亡。病变较轻者，病灶被大网膜包裹，炎症局限，形成局限性腹膜炎，渗液被腹膜吸收，炎症消散而痊愈。如**局限部位化脓**，积聚于膈下、盆腔、肠袢间，可形成**腹腔脓肿**。

## 二、护理评估

### (一) 健康史

询问既往有无胃、十二指肠溃疡病史，阑尾炎、胆道感染、胰腺炎等发作史，腹部手术史；了解有无酗酒等不良生活习惯；近期有无腹部外伤史；发病前有无饱食、剧烈活动等诱因，对女性病人还应了解生殖器官感染史。

### (二) 身体状况

#### 1. 症状

(1) **腹痛：是最主要的症状**，始于原发病变部位，随炎症扩散波及全腹。腹痛的特点为持久性剧烈腹痛，难以忍受。深呼吸、咳嗽、变换体位时疼痛加剧。病人常呈蜷曲侧卧被动体位。

(2) 恶心、呕吐：早期为腹膜受刺激引起的反射性呕吐，呕吐物多为胃内容物。晚期发生麻痹性肠梗阻时可吐出黄绿色胆汁，甚至棕褐色粪样肠内容物。

(3) 感染中毒症状：病人可出现高热、脉快、呼吸浅快、大汗、口干，常伴等渗性缺水、电解质紊乱及代谢性酸中毒。严重者可出现面色苍白或发绀、四肢发凉、呼吸急促、脉搏微弱、血压下降、神志不清等休克征象。

#### 2. 腹部体征

(1) 视诊：明显腹胀，腹式呼吸减弱或消失。

(2) 触诊：腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张，称为**腹膜刺激征，是腹膜炎的标志性体征**。腹部压痛和反跳痛以**原发病变部位最为明显**。腹肌紧张程度与病因和病人全身情况有关，如胃肠或胆囊穿孔，腹肌可呈木板样强直，年老体弱或幼儿则腹肌紧张多不明显，易被忽视。

(3) 叩诊：胃肠胀气时呈鼓音；胃十二指肠穿孔时，肝浊音界缩小或消失。腹腔内渗透液较多时可叩出移动性浊音。

(4) 听诊：肠鸣音减弱或消失。

(5) 直肠指检：直肠前壁隆起，触痛，说明盆腔已感染或形成盆腔脓肿。

### 3. 并发症

#### (1) 腹腔脓肿。

膈下脓肿：急性化脓性腹膜炎或手术后数日出现持续发热，上腹部疼痛，应该想到膈下感染的可能。凡脓液积聚在一侧或两侧膈肌下与横结肠及其系膜的间隙内者均称为膈下脓肿。膈下脓肿一旦形成，可出现明显的全身及局部症状。初为弛张热，脓肿形成以后呈持续高热，脓肿部位可有持续的钝痛，深呼吸时加重。脓肿刺激膈肌可引起呃逆。出现胸腔积液或肺不张，季肋区叩痛，严重时出现局部皮肤凹陷性水肿。右膈下脓肿可使肝浊音界扩大。患侧胸部下方呼吸音减弱或消失。X 线检查，B 超引导下穿刺抽脓或将穿刺点标于体表做诊断性穿刺有助于诊断。常采用经皮穿刺插管引流术或切开引流。

盆腔脓肿：盆腔腹膜面积小，吸收毒素能力较低，盆腔脓肿时全身中毒症状较轻。腹膜炎治疗过程中，阑尾穿孔或结直肠手术后，体温升高，**直肠或膀胱刺激症状，里急后重**、大便频而量少、有粘液便、尿频、排尿困难，白细胞增多，中性粒细胞比值增高，盆腔脓肿较小或尚未形成时，可以采用非手术治疗。脓肿较大者在骶管或硬膜外麻醉下，用肛门镜显露直肠前壁，在波动处用长针穿刺，抽出脓液后循穿刺针做一小切口，再用血管钳插入扩大切口，排出脓液。放橡皮管引流。

肠间脓肿：是指脓液被包围在肠管、肠系膜与网膜之间的脓肿。可发生不同程度的粘连性肠梗阻。此病进行手术时，**容易分破肠管造成肠瘘**。

#### (2) 粘连性肠梗阻

#### 4. 心理—社会状况

由于病情重，病人常有焦虑、烦躁，甚至精神症状。当需手术时，更易产生恐惧、不安全感，甚至不合作，拒绝手术。非手术治疗或诊断未明确前，因不允许用止痛剂，病人及家属可能有不理解的情绪或言行。

## 三、辅助检查

### 1. 实验室检查

血常规检查可见白细胞计数及中性粒细胞比例升高。病情危重或机体反应低下的病人，白细胞总数可不增高而仅有中性粒细胞比值增高，甚至可出现中毒颗粒。血生化检查可出现水、电解质及酸碱平衡紊乱。

### 2. 影像学检查

腹部立体平片可见肠胀气或多个液气平面的麻痹征象，胃肠穿孔时可见膈下游离气体，B 超、CT 检查对腹腔内实质性脏器病变有诊断价值，并能明确脓肿的位置及大小。

### 3. 诊断性腹腔穿刺

根据叩诊或 B 超检查进行穿刺点定位，进行诊断性腹腔穿刺。是**准确率较高的辅助检查措施**，其操作方法是：让病人向穿刺侧侧卧 5 分钟，在**脐与髂前上棘连线的中外 1/3 交界处或经脐水平线与腋前线交界处**穿刺。根据抽出液的性状、气味、混浊度、涂片、细菌培养及淀粉酶测定等来判断原发病变，明确病因。

例如，胃、十二指肠溃疡穿孔时，**抽出液呈黄色混浊状，无臭味，带食物残渣**；急性化脓性阑尾炎时，腹穿液呈**稀脓性，有臭味**；绞窄性肠梗阻可抽出血性脓液，臭味重；如是**血性渗出液**

且淀粉酶含量高，提示出血性坏死性胰腺炎的可能；若抽出液为血液，抽出后迅速凝固，则可能误刺入血管；若抽出不凝固血液，说明有腹内实质性脏器破裂。

#### 4. 诊断性腹腔灌洗

诊断性腹腔灌洗适用于难以明确诊断或病因的化脓性腹膜炎而腹腔穿刺无阳性发现者，可经诊断性腹腔穿刺置入的塑料管向腹内注入一定量生理盐水后再进行抽液检查。

### 四、处理原则

治疗原则为积极处理原发病灶，消除病因，清洗或引流腹腔，促使腹腔内炎症尽快局限和吸收消散。

#### 1. 非手术治疗

对病情较轻或病程较长超过 24 小时，而且炎症已有局限化趋势，以及原发性腹膜炎，可进行非手术治疗。非手术治疗也可作为手术前的准备。具体措施包括禁食、胃肠减压、补液、输血、合理应用抗生素、对症治疗。

#### 2. 手术治疗

(1) 适应症：经非手术治疗 6~8 小时后（一般不超过 12 小时），腹膜炎症状和体征不缓解或反而加重者；腹腔内原发病变严重者；出现严重肠麻痹或中毒症状，尤其是有休克表现者；腹膜炎病因不明，无局限趋势者。手术方式为剖腹探查术。

(2) 手术原则：正确处理原发病灶、彻底清理腹腔、吸进脓液、必要时安置腹腔引流。其指征是：坏死病灶未能彻底清除或有大量坏死组织无法清除；为预防胃肠修补术后发生渗漏；手术部位有较多渗液、渗血；已形成局限性脓肿。

### 五、护理诊断及合作性问题

- (1) 体液不足：与禁食，呕吐，腹膜渗出有关。
- (2) 急性疼痛、腹痛：与腹膜受炎症刺激或手术创伤有关。
- (3) 体温过高：与腹腔感染，毒素吸收有关。
- (4) 焦虑：与病情严重、担心疾病预后、对手术缺乏认识、对住院后环境改变的不适应有关。
- (5) 潜在并发症：感染性休克、腹腔脓肿、粘连性肠梗阻。

### 六、护理措施

#### 1. 一般护理

(1) 体位：无休克情况下，病人取半卧位。半卧位有利于呼吸和循环的改善，有利于腹腔炎症局限于盆腔，减轻中毒症状。休克病人取平卧位或中凹位（躯干和下肢各抬高  $10^{\circ} \sim 30^{\circ}$  的体位）。

(2) 禁食、胃肠减压：一般病人入院后暂禁饮食，对诊断不明或病情较重者必须严格禁饮食。对胃肠道穿孔或肠梗阻等病人，及时行胃肠减压，吸出胃肠道内容物和气体，改善胃肠道血供和减少消化道内容物自穿孔部位流入腹腔，以减轻腹胀和腹痛。

(3) 输液或输血：建立通畅的静脉输液通道，遵医嘱静脉输液，补充足够的水、电解质和营养，必要时输全血或血浆，以维持有效循环血量。要安排好输液顺序，根据病情和补液监测指标及时调整输液速度、量和种类。要保持补液的通畅，必要时做好静脉切开及输血的准备，以免延误病情。

(4) 五禁：外科急腹症病人在没有明确诊断之前，应严格执行五禁，即 禁用吗啡类止痛剂，



以免掩盖病情；**禁饮食；禁服泻药；禁止高压灌肠；禁热敷**，以免造成炎症扩散。对已有初步诊断的病人，可根据不同情况处理。例如，胆结石阵痛发作时，可适当用解痉止痛剂。诊断明确者可给予药物止痛，对诊断不明仍需观察或治疗方案未确定的病人，禁用吗啡、哌替啶等镇痛剂。

(5) 胃肠减压：胃肠减压可以减轻腹胀，缓解消化道梗阻，对消化道穿孔或破裂的病人可避免消化液进一步漏入腹腔。

(6) 其他护理：做好高热护理、口腔护理、生活护理等。

## 2. 观察病情

定时监测生命体征和尿量；观察有无水、电解质和酸碱平衡紊乱及休克的表现；记录 24 小时液体出入量；定时观察**腹部症状和体征变化**，胃肠道症状、中毒症状、生命体征的变化，动态观察血常规及生化等有关检查结果；观察有无腹腔脓肿形成。当病情突然加重，或在非手术治疗期间出现手术指征时，应立即报告医生处理。急性化脓性腹膜炎无论非手术治疗或手术治疗，均有形成腹腔脓肿的机会。在无休克的情况下，应采取半卧位，以利腹腔内渗出液、脓液等积聚在盆腔，使炎症局限。因为盆腔腹膜吸收能力较上腹部差，可减少毒素吸收，并可防止形成更加严重的膈下脓肿。常见并发症如下。

(1) 腹腔脓肿：急性腹膜炎局限化后，脓液未被完全吸收积存于某一部位而形成腹腔脓，以**膈下、盆腔、肠间脓肿为最多见**。

(2) 粘连性肠梗阻：腹膜炎治愈后，腹腔内多有不同程度的纤维性粘连，一部分肠管粘连可造成扭曲或形成锐角，发生粘连性肠梗阻。

## 3. 治疗配合

(1) 抗感染：根据医嘱使用抗生素，注意给药途径及配伍禁忌等。无论是原发的细菌感染或继发于胃肠道梗阻或破裂的感染，都需要用抗菌药物。腹腔内炎症通常以革兰阴性杆菌感染为主，大部分合并厌氧菌感染，一般先给常用的抗生素，待细菌培养及药物敏感实验报告后再调整用药。

(2) 心理护理：注意观察病人的心理及情绪变化，关心、体贴病人，有针对性地对病人及家属做好解释工作，消除或减轻病人焦虑情绪。及时向家属或病人说明病情变化及有关治疗、护理措施的意义，帮助病人树立战胜疾病的信心，积极配合医疗和护理工作。

## 4. 做好术前准备

外科急腹症病人大多需要紧急手术，因此在观察期中必须做好急诊手术的术前准备，迅速收集各项化验的标本送验，及时收取报告单，做好家属的思想工作。一旦决定手术，要尽速做好皮肤准备，按时给术前用药，充分做好送手术室前的一切准备。

## 5. 术后护理

### 1) 一般护理

术后病人血压平稳后取半卧位，术后禁饮食并行胃肠减压。在 2~3 日后，待肠蠕动恢复，拔除胃管后，可进流质饮食，少量多餐。如无腹胀、腹痛、呕吐等不适，逐渐改半流质饮食或普食。行胃肠吻合术者，术后进食时间、进食性质更须严格控制。病情允许时，鼓励病人及早翻身或下床活动，以促进肠蠕动恢复，预防肠粘连及下肢静脉血栓形成。

### 2) 病情观察

(1) 观察生命体征变化。

(2) 注意腹部症状和体征。

(3) 观察手术伤口的情况。

(4) 注意手术后有无腹腔内出血、伤口感染、腹腔脓肿和黏连性肠梗阻等并发症的发生。若发现异常,及时通知医生并配合处理。

### 3) 治疗配合

(1) 用药护理:术后禁食期间遵医嘱静脉输液和营养维持,必要时输全血或血浆,以补充机体代谢的需要。术后遵医嘱适当应用镇痛剂减轻疼痛,术后遵医嘱继续使用抗生素,控制感染。

(2) 腹腔引流护理:腹腔引流常用的引流管有硅管、乳胶管或双腔引流管等。引流管的腹腔内段应剪多个侧孔,其大小应与引流管的内径相近。将引流管放在**病灶附近及最低位**。护理时应掌握每条引流管的引流部位和作用,及时接通并**妥善固定**引流管,不要受压或扭曲,保持引流通畅、有效。准确观察并记录**引流液的量、颜色和性状**。当病人体温及血细胞计数恢复正常,腹部**症状体征缓解,引流液量明显减少,色清,即可考虑拔管**。指征:术后2~3天,肠蠕动恢复;肛门排气。

(3) 伤口护理:预防伤口污染或感染。观察切口敷料是否干燥,有渗血或渗液应及时更换;观察切口愈合情况,及早发现切口感染征象。对腹胀明显的病人可加用腹带,以使病人舒适及防止伤口裂开。

## 七、健康指导

(1) 向病人提供疾病的护理治疗知识。

(2) 有消化系统疾病者及时治疗。

(3) 指导病人早期进行适当活动,防止肠粘连。

(4) 进食易消化食物,少食多餐,避免进食过凉、过硬及辛辣食物,以防止在肠粘连的基础上诱发肠梗阻。

(5) 如有腹痛、腹胀、恶心、呕吐、发热等不适时,应及时去医院复诊。



### 高考链接

(2011年高考题)继发性腹膜炎的致病菌多为( )。

A. 大肠杆菌

B. 金黄色葡萄球菌

C. 铜绿假单胞菌

D. 链球菌

【分析】本题考查继发性腹膜炎的病因。致病菌多为大肠杆菌。

【答案】A



### 反馈训练

#### 一、选择题

1. 继发性腹膜炎的感染,细菌毒性强,原因是( )。

A. 金黄色葡萄球菌感染

B. 混合性感染

C. 变形杆菌感染

D. 大肠杆菌感染

2. 原发性腹膜炎和继发性腹膜炎的主要区别在于( )。

A. 疾病程度

B. 腹痛性质

C. 病原菌种类

D. 腹腔内是否有原发病灶

3. 急性化脓性腹膜炎发生休克的主要原因是( )。

A. 剧烈腹痛

B. 血容量减少和毒素吸收

- C. 呕吐致电解质丢失 D. 腹腔渗液刺激
4. 出现腹膜刺激征系( )。
- A. 壁层腹膜受到刺激 B. 内脏神经受到刺激  
C. 壁层和脏层腹膜均受刺激 D. 胃肠道痉挛
5. 关于急性化脓性腹膜炎的非手术措施中错误的是( )。
- A. 禁食 B. 胃肠减压 C. 一般取半卧位 D. 肌注新斯的明
6. 关于急性化脓性腹膜炎, 下列正确的是( )。
- A. 最常见的病原菌是金黄色葡萄球菌  
B. 原发性腹膜炎应早期手术治疗  
C. 继发性腹膜炎的常见原因为阑尾炎穿孔  
D. 诊断空腔脏器穿孔引起的急性化脓性腹膜炎, 唯一依据是膈下游离气体
7. 胃肠内容物或致病菌进入腹腔后, 机体的下列抗病反应中正确的是( )。
- A. 腹腔充血水肿 B. 渗出液中含有大量中性粒细胞  
C. 产生大量浆液性渗出液 D. 以上都对
8. 急性化脓性腹膜炎, 主要致死原因为( )。
- A. 剧烈疼痛导致休克 B. 脱水及电解质紊乱  
C. 肠麻痹 D. 感染性休克
9. 诊断急性化脓性腹膜炎的最主要的体征是( )。
- A. 腹部压痛和反跳痛 B. 腹式呼吸减弱或消失  
C. 腹胀的出现 D. 肠鸣音的改变
10. 急性继发性弥漫性腹膜炎治疗中最关键的一条是( )。
- A. 补液、纠正水、电解质及酸碱失衡 B. 输血、禁食和胃肠减压  
C. 应用大量有效抗生素 D. 手术
11. 继发性腹膜炎不包括( )。
- A. 可发生于腹腔内急性炎症 B. 可发生于肝硬化腹水  
C. 可发生于腹腔内脏器穿孔 D. 可发生于手术的污染
12. 腹膜炎最主要的症状是( )。
- A. 持续性剧烈腹痛 B. 恶心、呕吐  
C. 发热 D. 白细胞数增多
13. 继发性腹膜炎最常见的病原菌是( )。
- A. 溶血性链球菌 B. 金黄色葡萄球菌  
C. 绿脓杆菌 D. 大肠杆菌
14. 常用于判断急性化脓性腹膜炎病情发展的重点标志是( )。
- A. 腹式呼吸运动减弱 B. 腹胀加重  
C. 压痛和反跳痛 D. 腹肌紧张
15. 下列腹痛性质与疾病的关系中错误的是( )。
- A. 间歇性刺痛——胆总管结石 B. 阵发性绞痛——输尿管结石症  
C. 阵发性钻顶痛——胆道蛔虫症 D. 剧烈刀割样疼痛——胃、十二指肠溃疡穿孔
16. 急性化脓性腹膜炎手术治疗的原则不包括( )。

- A. 处理预防病灶 B. 清理腹腔  
C. 腹腔引流 D. 彻底切除病变脏器
17. 腹膜炎患者取半卧位的目的中, 错误的是( )。  
A. 有利于呼吸 B. 有利于炎症局限于盆腔  
C. 有利于循环 D. 加快肠蠕动恢复
18. 男, 24 岁, 急性剧烈腹痛 8 小时, 诊断为十二指肠溃疡穿孔, 行胃大部切除术, 术后第 5 天起体温升高, 虽弛张热, 持续 4 天, 下腹坠胀, 里急后重, 有粘液样稀便, 应考虑为( )。  
A. 倾倒综合征 B. 肠粘连, 肠功能紊乱  
C. 胃大部切除术后腹泻 D. 盆腔脓肿
19. 一名 50 岁体质较差的患者, 十二指肠溃疡穿孔 20 小时, 入院施行穿孔修补术后 6 天体温 38 , 腹痛、腹胀, 大便次数增多, 有粘液, 里急后重, 最大可能是( )。  
A. 急性肠梗阻 B. 膈下脓肿 C. 盆腔脓肿 D. 细菌性痢疾
20. 女, 18 岁, 因阑尾炎穿孔行阑尾切除术。术后第 4 天起持续性发热伴寒战, 有时呃逆及右上腹痛, 查体: 右肺底呼吸音弱, 腹部透视, 右膈活动受限, 肋膈角少量积液, 白细胞计数  $20 \times 10^9/L$ , 最可能的诊断是( )。  
A. 右下肺炎 B. 肝脓肿 C. 右侧胸膜炎 D. 右膈下脓肿
21. 37 岁, 已婚, 农村妇女, 2 年来感下腹隐痛不适。12 小时前突起转移性右下腹痛, 伴恶心, 呕吐, 发热, 查体: 右下腹明显压痛, 反跳痛, 肌紧张, 血常规白细胞计数  $17 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 0.88, 尿常规无异常。应诊断为( )。  
A. 急性阑尾炎并腹膜炎 B. 急性胃肠炎  
C. 胃十二指肠溃疡穿孔腹膜炎 D. 盆腔炎
22. 腹膜有多种功能, 错误的是( )。  
A. 吸收功能 B. 分泌功能 C. 防御功能 D. 免疫功能
23. 急性弥漫性腹膜炎最常见的原因是( )。  
A. 急性胆囊炎穿孔 B. 胃、十二指肠溃疡穿孔  
C. 总胆管结石 D. 肝破裂
24. 急性弥漫性腹膜炎, 常见原因中错误的是( )。  
A. 急性出血性胰腺炎 B. 急性胃十二指肠溃疡穿孔  
C. 外伤性空腔脏器穿孔 D. 单纯机械性肠梗阻
25. 原发性腹膜炎多发生于( )。  
A. 老年人 B. 孕妇  
C. 10 岁以下体弱儿童 D. 从事重体力
26. 急性弥漫性腹膜炎伴有气腹最常见于( )。  
A. 阑尾炎穿孔 B. 十二指肠后壁损伤  
C. 美克尔憩室穿孔 D. 急性胃、十二指肠溃疡穿孔
27. 难以诊断之急性腹膜炎, 最有价值的辅助检查是( )。  
A. 白细胞计数分类 B. 血尿淀粉酶  
C. 直肠指诊 D. 腹腔穿刺
28. 诊断化脓性腹膜炎的主要依据是( )。

- A. 腹部 X 线摄片结果  
B. 白细胞计数增高  
C. 腹部有无压痛、反跳痛、肌紧张  
D. 腹腔穿刺结果
29. 急腹症诊断不明的处理中, 错误的是 ( )。  
A. 严密观察, 定时反复检查  
B. 禁用泻药及灌肠  
C. 可以适当地用吗啡止痛  
D. 在观察过程中防治休克
30. 有关急性化脓性腹膜炎, 错误的是 ( )。  
A. 有持续性腹痛  
B. 肠鸣音亢进  
C. 腹肌紧张, 压痛及反跳痛  
D. 有移动性浊音

## 二、简答题

1. 简述腹膜炎非手术治疗的方法。
2. 简述腹膜炎手术治疗的适应症。
3. 简述腹膜炎手术后放置引流的指征。
4. 什么是原发性腹膜炎和继发性腹膜炎?
5. 试述盆腔脓肿的治疗方法。

## 三、视图题

1. 观察图 3-3, 写出急性化脓性腹膜炎形成腹腔脓肿(画线部分)的名称。
2. 各种腹腔脓肿的最主要身体状况特点和处理要点是什么?

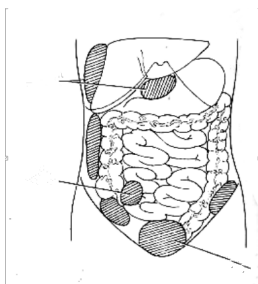


图 3-3 第三题图

## 四、综合分析题

- 患者男, 42 岁。2 小时前突发上腹剧痛并迅速波及全腹, 伴恶心呕吐。既往史有溃疡病病史 3 年。查体: 全腹压痛、反跳痛、肌紧张, 肝浊音界缩小, 肠鸣音减弱。
1. 该患者最可能的医疗诊断是什么?
  2. 采取哪些方法协助诊断此病?
  3. 护理诊断有哪些?

## 第五节 肠梗阻病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握肠梗阻病人的主要病因、护理评估及护理措施。

2. 理解肠梗阻的发病机制、护理诊断、治疗要点。
3. 了解肠梗阻的概念、分类。



## 知识梳理

### 一、概述

#### (一) 概念

肠内容物不能进行正常运行、顺利通过肠道，称为肠梗阻，是外科常见的急腹症之一。90%的肠梗阻发生于小肠，特别是最狭窄的回肠部，而结肠梗阻最常发生于乙状结肠。绞窄性肠梗阻，死亡率相当高。

#### (二) 分类

##### 1. 按病因分类

(1) **机械性肠梗阻**：是临床上最常见的肠梗阻。肠内因素（肠腔堵塞）：常由于寄生虫、大结石、异物等引起。肠外因素（肠管受压）：肠腔堵塞、粘连带、嵌顿疝等压迫造成肠管受压。肠壁因素（肠壁疾病）：炎症性狭窄、肿瘤等引起肠腔狭窄，导致肠内容物通过障碍。

(2) 动力性肠梗阻：为神经反射异常或毒素刺激造成的肠运动紊乱，无器质性肠腔狭窄。可分为：**肠麻痹**，见于急性弥漫性腹膜炎、腹部手术、低钾血症等；**肠痉挛**，持续时间短且少，见于慢性铅中毒和肠道功能紊乱。

(3) 血运性肠梗阻：是由于肠管血运障碍，引起肠失去蠕动能力，肠内容物停止运行，如肠系膜血栓形成、栓塞或血管受压等。

##### 2. 按肠壁有无血运障碍分类

(1) 单纯性肠梗阻：只有肠内容物通过受阻，而无肠管血运障碍。

(2) 绞窄性肠梗阻：伴有肠管血运障碍的肠梗阻。

##### 3. 其他分类

肠梗阻还可按梗阻部位分为高位（如空肠上段）和低位（如回肠末端和结肠）肠梗阻；根据肠梗阻的程度分为完全性和不完全性肠梗阻；按病程分为急性和慢性肠梗阻。

#### (三) 病理生理

##### 1. 局部改变方面

(1) 急性：肠管扩张→肠壁变薄，肠腔内压力→肠壁血运障碍→易坏死穿孔。

慢性：肠管扩张→代偿性肠壁肥厚（视诊可见肠型，肠蠕动波）。

(2) 肠腔积气、积液：梗阻以上肠管明显积气、积液，以下则空虚或存积少量粪便。交界处即为梗阻部位。

##### 2. 感染和中毒

肠腔内细菌大量繁殖→细菌移位→细菌和毒素渗入腹腔和血液中→腹膜炎和毒血症。

##### 3. 休克

水、电解质紊乱、酸碱失衡、缺水、感染和中毒→休克。

##### 4. 呼吸和循环功能障碍

肠腔扩张膨胀→腹压→膈肌上升→影响肺内气体交换→妨碍下腔静脉血液回流。

## 二、护理评估

### (一) 健康史

询问病人有无腹部手术史, 有无腹外疝、腹腔炎症及肿瘤病史, 有无习惯性便秘史。既往腹痛史及本次发病原因。

### (二) 身体状况

#### 1. 症状

(1) 腹痛: 机械性肠梗阻表现为阵发性腹部绞痛、伴有高亢肠鸣音或气过水声。当出现绞窄性肠梗阻时, 表现为腹痛间歇缩短, 呈持续性腹痛, 阵发性加剧, 肠鸣音减弱或消失。麻痹性肠梗阻表现为全腹持续性胀痛, 肠鸣音减弱或消失。

(2) 呕吐: 与肠梗阻的部位、类型有关。高位肠梗阻呕吐出现早且频繁, 呕吐物为胃及十二指肠内容物, 水、电解质紊乱出现早。低位性肠梗阻呕吐出现较晚, 呕吐物可为粪样; 麻痹性肠梗阻时呕吐呈溢出性; **绞窄性肠梗阻呕吐物为血性或棕褐色液体。**

(3) 腹胀: 腹胀出现在梗阻发生一段时间之后, 其程度与梗阻部位有关。高位肠梗阻腹胀不明显, 低位肠梗阻腹胀明显; 麻痹性肠梗阻为均匀性全腹胀; **绞窄性肠梗阻腹胀不对称。**

(4) 肛门停止排气排便: 完全性肠梗阻发生后出现排气排便停止, 但梗阻部位以下肠腔内残存的粪便和气体仍可自行或灌肠后排出, 不能因此而否认肠梗阻的存在。

不完全性肠梗阻: 可有少量排气、排便。

完全性肠梗阻: 早期(尤其高位肠梗阻), 残存的粪便和气体可自行或灌肠排出。

绞窄性肠梗阻: 可排出血性粘液样粪便。

#### 2. 体征

(1) 腹部体征。机械性肠梗阻。视诊: 可见肠型和蠕动波, 腹痛发作时更明显。触诊: 可有轻度压痛但无腹膜刺激征。听诊: 肠鸣音亢进, 有气过水声或金属音。绞窄性肠梗阻: 腹部有固定压痛和腹膜刺激征, 腹腔有渗液时, 可有移动性浊音。麻痹性肠梗阻: 可见全腹膨隆, 听诊肠鸣音减弱或消失。

(2) 全身症状: 单纯性肠梗阻早期可无全身表现, 晚期因严重缺水, 出现口唇干燥, 眼窝内陷, 皮肤弹性差, 尿少或无尿等明显缺水征, 以及脉搏细速、血压下降、面色苍白、四肢发冷等中毒和休克征象。

#### 3. 几种常见机械性肠梗阻的表现特点

(1) 粘连性肠梗阻: 是肠粘连或肠管被粘连带压迫所致的肠梗阻。主要在腹部手术、腹腔内炎症。创伤、出血、肿瘤等引起肠粘连的基础上, 由于肠功能紊乱、饮食不当、剧烈活动、体位突然改变等因素而诱发, 临床上有典型的机械性肠梗阻表现。

(2) 肠扭转: 是一段肠袢沿其系膜长轴旋转而致的闭袢性肠梗阻。常发生于小肠, 其次是乙状结肠。**小肠扭转: 多见于青壮年, 常在饱食后剧烈活动时发病。表现为脐周剧烈绞痛, 常牵涉至腰背部。频繁呕吐, 腹胀不对称, 病人早期即可发生休克。腹部可触及有压痛的肠袢。腹部X线检查符合绞窄性肠梗阻的表现。****乙状结肠扭转: 多见于男性老年人, 常有习惯性便秘史。有腹部绞痛及明显腹胀, 而呕吐一般不明显, 左下腹触及包块。若低压灌肠, 灌入液量 < 500mL 便不能再灌入。钡剂灌肠X线检查可见扭转部位钡剂受阻, 尖端呈鸟嘴状。本病是绞窄性肠梗阻, 应及时手术治疗。**

(3) 肠套叠: 一段肠管套入其邻近肠管腔内称为肠套叠。以回肠结肠多见。好发于2岁以下

的儿童，以 4~10 个月的婴儿发病率最高。常突然发作剧烈的阵发性腹痛，伴有呕吐和果酱样血便，腹部检查可触及腊肠形肿块，并有压痛。肠套叠的三大典型症状是腹痛、血便和腹部肿块。或钡剂灌肠检查，显示空气或钡剂在结肠内受阻，呈杯口状阴影。急性肠套叠是危及生命的急症，紧急治疗的措施是复位，多首选空气灌肠法。对灌肠不能复位、肠套叠超过 48~72 小时、疑有肠坏死或穿孔者，需手术治疗。

#### 4. 绞窄性肠梗阻的特点

- (1) 腹痛发作急，为持续性腹痛，阵发性加剧。
- (2) 呕吐出现早，且频繁。
- (3) 腹胀不对称，可触及有压痛的胀大的肠袢。
- (4) 粪便可呈血性便，直肠指诊指套染有血迹。
- (5) 有明显的腹膜炎刺激征。
- (6) 病情发展迅速，早期出现休克，抗休克治疗后改善不明显。
- (7) 体温、脉搏、白细胞计数逐渐上升。
- (8) 腹部 X 线检查可见孤立、胀大的肠袢。
- (9) 腹穿可抽出血性渗液。
- (10) 胃肠减压后腹胀减轻，腹痛不缓解。

#### (三) 辅助检查

(1) 实验室检查。单纯性肠梗阻后期，可出现白细胞计数增加；因缺水，血液浓缩可引起血红蛋白、血细胞比容、尿比重均升高。绞窄性肠梗阻早期即有白细胞计数和中性粒细胞比例明显升高。肠梗阻晚期可出现血气分析及血清电解质的变化。

(2) X 线检查。肠梗阻发生 4~6 小时后，腹部立位或侧卧位 X 线平片可见多个阶梯状气液平面及胀气肠样，绞窄性肠梗阻，可见孤立、突出胀大的肠袢，且不受体位、时间的影响。

机械性、动力性肠梗阻的鉴别如表 3-3 所示。

表 3-3 机械性、动力性肠梗阻的鉴别

项目	机械性	动力性
腹痛	阵发性绞痛	腹痛，无阵发性
腹胀	不对称	均匀对称，全腹胀
原因	粘连、扭转、套叠、嵌顿疝	腹膜炎、腹膜后血肿
肠鸣音	高亢，呈气过水声	减弱或消失
X 线	梗阻以上肠管积气积液	全腹肠管积气

### 三、治疗原则

肠梗阻的处理原则是解除肠梗阻，纠正水、电解质、酸碱平衡失调，防治感染。具体治疗方法要根据肠梗阻的类型、程度及病人的全身情况而定。非手术治疗包括禁食禁饮、胃肠减压（吸出胃肠道的积气积液，以减轻腹胀）、解痉止痛、吸氧、纠正体液失衡、防治感染和中毒；手术治疗包括粘连松解术，肠套叠或肠扭转复位术，肠切除吻合术，肠切开取出异物、肠造口术等。

肠梗阻发生后，会导致机体出现一系列病理变化，由于大量呕吐，不能进食，导致血容量减少和血液浓缩。酸性代谢产物增加，引起代谢性酸中毒。肠内容物淤积、细菌繁殖产生大量毒素，机体吸收后引起全身中毒症状，很易导致休克。预后不良，需及早手术。



### （一）基础治疗

（1）胃肠减压：是治疗肠梗阻的重要措施之一。通过胃肠减压，吸出胃肠道内的气体和液体，从而减轻腹胀、降低肠腔内压力，减少肠腔内的细菌和毒素，改善肠壁血运。

（2）纠正水、电解质及酸碱平衡失调：输液的量和种类根据呕吐及脱水情况、尿量，并结合血液浓度、血清电解质值及血气分析结果决定。肠梗阻已存在数日、高位肠梗阻及呕吐频繁者，需补充钾。必要时输血浆、全血或血浆代用品，以补偿已丧失的血浆和血液。

（3）防治感染：使用针对肠道细菌的抗生素防治感染、减少毒素的产生。

### （二）解除梗阻

（1）非手术治疗：适用于单纯性粘连性肠梗阻、动力性肠梗阻、蛔虫或粪块堵塞引起的肠梗阻，可通过基础疗法，使肠管得到休息，症状缓解，避免刺激肠管运动。

（2）手术治疗：适用于绞窄性肠梗阻、肿瘤、先天性肠道畸形引起的肠梗阻，以及经手术治疗无效的肠梗阻病人。原则是在最短时间内，以最简单的方法解除梗阻或恢复肠腔的通畅。方法包括粘连松解术、肠切开取出异物、肠切除吻合，据呕吐及脱水情况、尿量并结合血液浓度、血清电解质值及血气分析结果决定。肠梗阻已存在数日、高位肠梗阻及呕吐频繁者，需补充钾。必要时输血浆、全血或血浆代用品，以补偿已丧失的血浆和血液。

（3）防治感染：使用针对肠道细菌的抗生素防治感染、减少毒素的产生。

## 四、护理诊断及合作性问题

（1）组织灌注量异常：与肠梗阻致体液丧失有关。

（2）疼痛：与肠内容物不能正常运行或通过肠道障碍有关。

（3）舒适的改变：腹胀、呕吐，与肠梗阻致肠腔积液积气有关。

（4）体液不足：与呕吐、禁食、肠腔积液、胃肠减压有关。

（5）电解质酸碱失衡：与肠腔积液、大量丢失胃肠道液体有关。

（6）潜在并发症：肠坏死、腹腔感染、休克有关。

（7）营养失调：低于机体需要量，与禁食、呕吐有关。

## 五、护理措施

### （一）非手术治疗的护理

（1）饮食：肠梗阻病人应禁食，如梗阻缓解，病人排气、排便，腹痛、腹胀消失后可进流质饮食，忌易产气的甜食和牛奶等。

（2）胃肠减压：**胃肠减压是治疗肠梗阻的重要措施之一**，通过连接负压，持续实行胃肠减压，吸出胃肠道内的积气积液，减轻腹胀、降低肠腔内的压力，改善肠壁的血液循环，有利于改善局部和全身情况。胃肠减压期间**注意观察和记录引流液的颜色、性状和量**，如发现有血性液，应考虑有绞窄性肠梗阻的可能。

（3）缓解疼痛：在**确定无肠绞窄或肠麻痹后**，可应用阿托品类抗胆碱药物，以解除胃肠道平滑肌痉挛，使病人腹痛得以缓解。但不可随意应用吗啡类止痛剂，以免影响观察病情。

（4）呕吐的护理：呕吐时应坐起或头侧向一边，及时清除口腔内呕吐物，以免误吸引起吸入

性肺炎或窒息；观察记录呕吐物的颜色、性状和量。呕吐后给予漱口，保持口腔清洁。

(5) **记录出入液量**：准确记录输入的液体量，同时记录胃肠引流管的引流量、呕吐及排泄的量、尿量，并估计出汗及呼吸的排出量等，为临床治疗提供依据。

(6) **缓解腹胀**：除行胃肠减压外，热敷或按摩腹部，针灸双侧足三里穴；如**无绞窄性肠梗阻**，也可从胃管注入石蜡油，每次 20~30mL，可**促进肠蠕动**。

(7) **纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡**：是一项极为重要的措施。基本溶液为葡萄糖、等渗盐水、重者尚须输给全浆或全血。输液所需的种类和量根据呕吐情况、胃肠减压量、缺水体征、尿量、并结合血清钠、钾、氯和血气分析结果而定。

(8) **防治感染和毒血症**：应用抗生素可以防治细菌感染，减少毒素产生。

(9) **严密观察病情变化**：定时测量记录体温、脉搏、呼吸、血压，**严密观察腹痛、腹胀、呕吐及腹部体征情况**，若病人症状与体征不见好转或反而有加重，应考虑有肠绞窄的可能。

绞窄性肠梗阻可能发生严重的后果，必须及时发现，尽早处理。此类病人病情危重，多处于休克状态，一旦发生需紧急做好术前准备，为抢救病人争取时间。

## (二) 术后护理

(1) **观察病情变化**：观察生命体征变化。观察有无腹痛、腹胀、呕吐及排气等。如有腹腔引流时，应观察记录引流液颜色、性质及量。

(2) **体位**：**血压平稳后给予半卧位**。

(3) **饮食**：术后禁食，禁食期间应给予补液。肠蠕动恢复并有排气后，可开始进少量流质，进食后无不适，逐步过渡至半流质；肠吻合进食时间应适当推迟。

(4) **术后并发症的观察与护理**：术后尤其是**绞窄性肠梗阻**后，如出现腹部胀痛，持续发热、白细胞计数增高，腹部切口处红肿，以后流出较多带有恶臭味液体，应**警惕腹腔内感染及肠瘘**的可能，并积极处理。

## 六、健康教育

(1) 告知病人注意饮食卫生，不吃不洁的食物，避免暴饮暴食。

(2) 嘱病人出院后进易消化食物，少食刺激性食物；避免腹部受凉和饭后剧烈活动；保持大便的通畅。

(3) 老年便秘者应及时服用缓泻剂，以保持大便通畅。

(4) 出院后若有腹痛、腹胀、停止排气排便等不适，及时就诊。



## 高考链接

【例 1】(2011 年高考题) 肠梗阻的四大临床表现是 ( )。

- A. 腹痛、呕吐、腹胀、肠型
- B. 腹痛、呕吐、腹胀、肠鸣音亢进
- C. 发热、腹痛、呕吐、腹胀
- D. 腹痛、呕吐、腹胀、肛门停止排便排气

【分析】本题考查肠梗阻的临床表现：痛、吐、胀、闭。

【答案】D

【例2】(2011年高考题)患儿，女，7个月。阵发性哭闹一天，果酱样大便1次，B超示腹部包块。最可能是( )。

A. 阑尾周围脓肿 B. 肠扭转 C. 腹腔肿瘤 D. 肠套叠

【分析】本题考查常见肠梗阻中肠套叠的临床表现及诊断。

【答案】D

【例3】(2012年高考题)下列不是肠套叠的典型表现的是( )。

A. 阵发性腹痛 B. 持续性黄疸 C. 腹部肿块 D. 果酱样大便

【分析】本题考查肠套叠的临床表现。

【答案】B

【例4】患者，男性，45岁。于7小时前突发腹痛，伴恶心，并呕吐3次，遂入院。自发病以来肛门未排气及大便，患者既往史曾行腹部手术。查体：体温37.8℃，脉搏98次/分，血压130/85mmHg，腹膨胀，腹肌紧张，全腹压痛，肠鸣音亢进。腹透示多个气液平面。请写出该患者最可能的临床诊断及诊断依据。

【分析】本题考查肠梗阻的护理评估。从患者的临床表现及手术史可做出判断。

【答案】

诊断：粘连性肠梗阻。

依据：患者既往曾行腹部手术，腹胀，腹痛，呕吐，肛门停止排气、排大便，多个气液平面。

【例5】(2013年高考题)简述肠梗阻的病因分类及共同症状。

【分析】本题考查肠梗阻的分类及临床表现。

【答案】(1)病因分类：机械性肠梗阻(肠腔堵塞、肠管受压、肠壁病变)、动力性肠梗阻(肠痉挛、肠麻痹)、血运性肠梗阻。

(2)共同症状：腹痛、呕吐、腹胀、肛门排气排便停止。

【例6】(2014年高考题)肠梗阻的典型表现是( )。

A. 腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排便排气  
B. 发热、腹胀、呕吐、肛门停止排便排气  
C. 腹痛、肠鸣音减弱、呕吐、肛门停止排便排气  
D. 腹痛、腹胀、呕吐、休克

【分析】本题考查肠梗阻的临床表现：痛、吐、胀。

【答案】A



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 单纯性肠梗阻与绞窄性肠梗阻的主要区别是( )。

A. 梗阻的病因 B. 梗阻的部位  
C. 梗阻的严重程度 D. 肠管壁有无血运障碍

2. 小儿肠套叠大便的特点是( )。

- A. 果酱样血便      B. 粘液便      C. 脓血便      D. 白陶土便
3. 下列肠梗阻, 查体时触不到肿块的是 ( )。
- A. 肠套叠      B. 肠扭转  
C. 麻痹性肠梗阻      D. 绞窄性肠梗阻
4. 在观察期间对疑为肠梗阻患者的处理不正确的是 ( )。
- A. 禁食      B. 胃肠减压      C. 半卧位      D. 应用吗啡止痛
5. 肠梗阻病人的共同临床特征是 ( )。
- A. 腹痛、腹胀、呕吐、停止排便排气  
B. 腹痛、呕吐、肠鸣音亢进、腹胀  
C. 腹部阵发性绞痛、排粘液血便、肠型、恶心  
D. 腹胀、恶心呕吐、肠型、停止排便排气
6. 下列项目中有助于绞窄性肠梗阻的诊断的是 ( )。
- A. 腹部阵发性绞痛      B. 呕吐出现早而频繁  
C. 全腹胀      D. 腹腔穿刺抽出血性液体
7. 应考虑为绞窄性肠梗阻的腹部 X 线表现是 ( )。
- A. 多个阶梯状排列的气液平面      B. 上段肠腔扩张  
C. 膈下游离气体      D. 孤立、胀大的肠袢且位置较固定
8. 对肠梗阻病人的术前护理正确的是 ( )。
- A. 予流质饮食, 促进肠蠕动      B. 予止痛剂, 缓解腹痛症状  
C. 给予缓泻剂, 以解除梗阻      D. 禁食、胃肠减压
9. 关于肠扭转引起的肠梗阻, 以下说法正确的是 ( )。
- A. 可见全腹胀      B. 常在腹中部扪及条索状团块  
C. 腹膜刺激征轻微      D. 移动性浊音阳性
10. 关于肠梗阻, 下列说法错误的是 ( )。
- A. 回肠梗阻属高位梗阻  
B. 梗阻肠管有血运障碍者属绞窄性梗阻  
C. 绞窄性肠梗阻必然是急性血运性肠梗阻  
D. 肠梗阻多表现为腹痛、呕吐、腹胀和停止排便排气
11. 肠梗阻病人可出现以下全身性病理改变, 但 ( ) 除外。
- A. 水、电解质、酸碱失衡紊乱      B. 休克和呼吸和循环功能障碍  
C. 急性中毒性肠扩张      D. 感染和毒血症
12. 下列不属于肠梗阻的基本处理的是 ( )。
- A. 禁食      B. 胃肠减压      C. 灌肠      D. 使用抗菌药
13. 对疑有肠梗阻的病人禁忌做 ( )。
- A. X 线透视或摄片      B. 肛门直肠指检  
C. 钡剂灌肠造影      D. 口服钡餐透视
14. 下列不是绞窄性肠梗阻特点的是 ( )。
- A. 早期出现休克      B. 腹膜刺激征明显  
C. 肠鸣音亢进      D. 腹腔穿刺抽出血性液体

15. 急性肠梗阻患者采取非手术治疗时正确的措施为 ( )。
- A. 去枕平卧位      B. 胃肠减压      C. 及早进食      D. 高压灌肠
16. 关于肠梗阻的叙述, 错误的是 ( )。
- A. 单纯性肠梗阻腹痛为阵发性      B. 高位小肠梗阻腹胀较明显  
C. 低位小肠梗阻呕吐较晚      D. 麻痹性肠梗阻腹痛不剧烈
17. 女性, 57 岁, 4 个月来经常便秘, 两天前出现腹部持续疼痛, 阵发性加剧, 呕吐两次, 均含胆汁性胃内容物, 约 500mL, 过去无类似发作史。体检: 腹部膨隆, 血压 130/90mmHg, 体温 38 , 右下腹轻微压痛, 腹软, 未扪及肿块, 肠鸣音亢进, 白细胞计数  $9 \times 10^9/L$ 。该病人腹部 X 线检查最可能出现的影像学变化是 ( )。
- A. 多个阶梯状排列的气液平面      B. 口服造影剂后可见充盈缺损  
C. 膈下游离气体      D. 孤立、胀大的肠袢且位置较固定
18. 男性, 36 岁, 因急性阑尾炎穿孔行“阑尾切除术”。术后 5 天, 感腹部持续性胀痛, 伴恶心呕吐, 未排便排气。体检: 全腹胀膨, 肠鸣音消失, 未触及腹部肿块, 腹部 X 线片检查见小肠及结肠均有大量充气及气液平面。对于该病人的处理, 最适宜的是 ( )。
- A. 立即剖腹探查      B. 口服钡剂全胃肠道透视  
C. 腹腔穿刺, 灌洗      D. 胃肠减压及支持疗法
19. 女性, 30 岁, 胃溃疡穿孔行“毕罗 式胃大部切除术”。术后 4 天, 诉腹部胀痛, 恶心, 停止排气排便。查体: 全腹胀膨, 未见肠型, 全腹压痛, 以中上腹最为显著, 轻度肌紧张, 肠鸣音消失。体温 37.8 , 脉搏 90 次/分钟, 血压 112/78mmHg, 血常规: 白细胞计数  $12 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 0.86; 腹部 X 线平片见肠腔积气及小液气平面。以下护理措施错误的是 ( )。
- A. 禁食、胃肠减压      B. 可适当用 654-2 止痛  
C. 协助病人取低半坐位      D. 及时、准确记录出入水量
20. 男性, 52 岁, 因绞窄性肠梗阻行“回肠部分切除术”, 术后 4 天病人出现腹痛, 以脐周最为明显, 腹腔引流管间断引出血性液每天约 200mL。体检: 体温 38.5 , 呼吸 22 次/分钟, 脉搏 95 次/分钟, 血压 135/76mmHg。腹胀, 脐周中度压痛, 未扪及肿块, 肠鸣音弱。血常规: 白细胞计数  $13.5 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 0.83。关于该病人的护理, 以下错误的是 ( )。
- A. 取低半坐卧位      B. 予全胃肠外营养  
C. 充分负压引流      D. 若引流管堵塞, 应高压冲洗
21. 男性, 45 岁, 暴饮暴食后出现上腹阵发性疼痛, 并伴有腹胀, 恶心呕吐, 呕吐物为宿食, 停止肛门排气, 病人半年前曾做阑尾切除术。体检: 腹胀, 见肠型; 腹软, 轻度压痛, 肠鸣音亢进。下列检查最有意义的是 ( )。
- A. 腹部 CT      B. 腹部穿刺      C. 钡剂灌肠      D. 腹部 X 线平片
22. 阑尾切除术半年病人出现肠梗阻, 最可能的原因为 ( )。
- A. 肠粘连      B. 肿瘤      C. 粪块堵塞      D. 肠麻痹
23. 阑尾切除术半年病人出现肠梗阻类型, 不可能是 ( )。
- A. 急性肠梗阻      B. 完全性肠梗阻      C. 绞窄性肠梗阻      D. 单纯性肠梗阻
24. 对阑尾切除术半年病人出现肠梗阻, 下列护理措施错误的 ( )。
- A. 取半卧位      B. 胃肠减压      C. 禁饮食      D. 可给吗啡止痛
25. 男性, 40 岁, 1 小时前午餐后打篮球时出现腹部剧烈疼痛、腹胀, 恶心呕吐, 呕吐物为宿食, 停止肛门排气, 病人半年前曾作阑尾切除术。体检: 腹胀, 见肠型; 腹软, 轻度压痛, 肠

鸣音亢进。下列检查最有意义的是( )。

- A. 腹部 CT      B. 腹部穿刺      C. 钡剂灌肠      D. 腹部 X 线平片

26. 男性, 40 岁, 1 小时前午餐后打篮球时出现腹部剧烈疼痛、腹胀, 恶心呕吐, 呕吐物为宿食, 停止肛门排气, 病人半年前曾作阑尾切除术。体检: 腹胀, 见肠型; 腹软, 轻度压痛, 肠鸣音亢进。病人出现肠梗阻, 最可能的原因为( )。

- A. 肠粘连      B. 肿瘤      C. 粪块堵塞      D. 肠扭转

27. 男性, 40 岁, 1 小时前午餐后打篮球时出现腹部剧烈疼痛、腹胀, 恶心呕吐, 呕吐物为宿食, 停止肛门排气, 病人半年前曾作阑尾切除术。体检: 腹胀, 见肠型; 腹软, 轻度压痛, 肠鸣音亢进。目前该病人发生的肠梗阻类型, 不可能是( )。

- A. 急性肠梗阻      B. 不完全性肠梗阻  
C. 绞窄性肠梗阻      D. 单纯性肠梗阻

28. 男性, 40 岁, 1 小时前午餐后打篮球时出现腹部剧烈疼痛、腹胀, 恶心呕吐, 呕吐物为宿食, 停止肛门排气, 病人半年前曾作阑尾切除术。体检: 腹胀, 见肠型; 腹软, 轻度压痛, 肠鸣音亢进。下列护理措施错误的是( )。

- A. 取半卧位      B. 胃肠减压      C. 禁饮食      D. 可给吗啡止痛

29. 男性, 70 岁, 间断性便秘 15 年, 时有腹部胀痛, 便后缓解。1 天前用力排便时突发腹部剧痛, 腹胀、恶心, 未呕吐, 停止排便排气。脉搏 112 次/分钟, 血压 80/60mmHg。全腹膨隆, 以左侧为明显; 全腹压痛, 以左下腹为重, 伴肌紧张, 反跳痛, 移动性浊音阳性, 肠鸣音消失。对该病人应首先考虑( )。

- A. 急性胰腺炎      B. 粪块堵塞引起肠梗阻  
C. 空腔脏器破裂      D. 乙状结肠扭转

30. 肠梗阻病人为乙状结肠扭转, 其肠梗阻类型不属于( )。

- A. 急性肠梗阻      B. 动力性肠梗阻  
C. 低位肠梗阻      D. 不完全性肠梗阻

31. 乙状结肠扭转引起肠梗阻病人的腹部立位 X 线摄片见马蹄状巨大双腔充气肠袢, 为进一步明确诊断, 最合适的检查是( )。

- A. 钡剂灌肠      B. 口服钡剂透视  
C. 腹腔穿刺      D. B 超

32. 对乙状结肠扭转引起肠梗阻病人最适宜的处理方案是( )。

- A. 积极抗休克, 待休克好转后再行手术治疗  
B. 抗休克与抗感染并进, 待病情好转后行手术治疗  
C. 无需特殊处理, 直接急诊手术  
D. 抗休克、抗感染的同时行急诊手术治疗

33. 男性, 53 岁, 腹痛腹胀, 呕吐胃内容物及胆汁 3 小时。近 4 个月来时有腹胀, 大便带粘液, 大便次数增加, 每日 2~3 次, 无排便不尽及里急后重感。体检: 体温 36℃, 脉搏 90 次/分钟, 血压 115/70mmHg; 腹膨隆, 未见肠型, 腹软, 右下腹可触及一斜行肿块, 质韧压痛, 腹部透视见一液气平面。白细胞计数  $9 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 0.75。发病以来, 病人体重减轻 5kg, 睡眠欠佳。该病人的症状最可能的原因是( )。

- A. 阑尾周围脓肿      B. 结肠结核      C. 结肠肿瘤      D. 肠扭转

34. 男性, 53 岁, 腹痛腹胀, 呕吐胃内容物及胆汁 3 小时。近 4 个月来时有腹胀, 大便带粘

液,大便次数增加,每日2~3次,无排便不尽及里急后重感。体检:体温36℃,脉搏90次/分钟,血压115/70mmHg;腹膨隆,未见肠型,腹软,右下腹可触及一斜行肿块,质韧压痛,腹部透视见一液气平面。白细胞计数 $9 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞比例0.75。发病以来,病人体重减轻5kg,睡眠欠佳。病人目前存在的护理诊断,不正确的是( )。

- A. 体液不足  
B. 疼痛营养失调  
C. 自我形象紊乱  
D. 睡眠形态紊乱

35. 高位性肠梗阻呕吐的特点是( )。

- A. 呕吐物带血性  
B. 呕吐呈溢出性  
C. 呕吐早、频繁  
D. 呕吐晚、呕吐物伴粪臭味

## 二、简答题

1. 鉴别机械性肠梗阻和动力性肠梗阻。
2. 简述绞窄性肠梗阻的特点。
3. 肠梗阻的处理原则是什么?
4. 简述肠套叠的发病特点。

## 三、综合分析题

男性,40岁,1小时前午餐后打篮球时出现腹部剧烈疼痛,持续性,腹胀,呕吐宿食,含少量血性液体,口渴,烦躁不安,中腹部可扪及压痛包块,移动性浊音阳性,肠鸣音减弱,血常规:白细胞计数 $13.4 \times 10^9/L$ ,发病以来未排便排气。

- (1) 根据病情,应考虑何种疾病?(临床诊断)
- (2) 发病特点是什么?
- (3) 首选检查是什么?
- (4) 护理诊断有哪些?

## 第六节 腹股沟斜疝病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握腹股沟斜疝的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解腹股沟斜疝的发病机制、护理诊断、治疗要点。
3. 了解腹股沟斜疝的概念、分类。



### 知识梳理

#### 一、概述

腹腔内的脏器或连同腹膜壁层,经腹壁薄弱点或孔隙,向体表突出而形成的包块,称腹外疝。腹外疝根据其发生部位分为腹股沟疝(腹股沟斜疝、腹股沟直疝)、股疝、脐疝、切口疝、白线疝等。其中以腹股沟疝(疝囊经过腹壁下动脉外侧的腹股沟管内环突出,向内、向下、向前斜行经过腹股沟管,穿出腹股沟管外环,并可进入阴囊者)最多见,占全部腹外疝的75%~90%。腹股

沟疝男性发病率明显高于女性，两者之比为 15 : 1。

## 二、发病机制与分类

### （一）病因

腹壁强度降低和腹内压力增高是腹外疝发病的两个主要原因。

#### 1. 腹部强度降低

腹部强度降低是疝发生的基础。

（1）先天因素：在胚胎发育过程中，某些器官或组织穿过腹壁造成局部腹壁强度降低，如精索或子宫圆韧带穿过的腹股沟管，股动、静脉穿过的股环，脐血管穿过的脐环，以及腹股沟三角区均为腹壁薄弱区。

（2）后天性因素：因腹部手术切口愈合不良、腹壁外伤或感染造成的腹壁缺损，以及年老体弱或过度肥胖造成的腹部肌肉萎缩，均可导致腹壁强度降低

#### 2. 腹内压力增高

腹内压力增高是腹外疝形成的重要诱因，慢性咳嗽、便秘、排尿困难、腹水、妊娠、举重等。婴儿经常啼哭等是引起腹内压力增高的常见原因，正常人虽时有腹内压力增高情况，但若腹壁强度正常，则不至于发生疝。

### （二）病理类型

（1）可复性疝：当病人站立或腹内压增高时，疝内容物进入疝囊。平卧或用手推送疝块时，疝内容物很容易回纳腹腔，称可复性疝，临床上最常见。

（2）难复性疝：病程较长，疝内容物与腹壁发生粘连，致使内容物不能完全回纳腹腔，称为难复性疝，其内容物大多数是大网膜。少数病程长、疝环大的腹外疝，如果邻近腹腔间位脏器如盲肠或乙状结肠等也伴随小肠、网膜等滑入疝囊，则这些间位脏器就成为疝囊壁的一部分，这种疝称滑动性疝，也属于难复性疝。

（3）嵌顿性疝和绞窄性疝：当腹内压力骤然升高时，较多的疝内容物强烈扩张疝环而进入疝囊，并随即被弹性回缩的疝环卡住，使疝内容物不能回纳腹腔，此时的疝就是嵌顿性疝。若嵌顿时间过久，疝内容物发生缺血坏死时，称为绞窄性疝。

### （三）病理解剖

典型的腹外疝由疝环、疝囊、疝内容物和疝外被盖四部分组成。

（1）疝环：是腹壁的薄弱区或缺损区，疝囊从疝环突出。

（2）疝囊：是壁腹膜从疝环向外突出的囊袋状物。

（3）疝内容物：突入疝囊内的腹腔内脏器或组织，常见的是小肠和大网膜。

（4）疝外被盖：覆盖疝囊外表的腹壁各层组织，通常是筋膜、肌肉、皮下组织和皮肤。

## 三、护理评估

### （一）术前评估

#### 1. 健康史

了解病人有无腹部外伤或手术史，是否造成腹壁薄弱、腹壁神经损伤，年老体弱、过度肥胖、糖尿病等腹壁肌肉萎缩的因素，详细询问可能导致腹内压增高的病史，如慢性咳嗽、便秘、前列腺增生等。



## 2. 身体状况

疝块的性质，有无梗阻及绞窄征象。

(1) 易复性疝：病人多无自觉症状或仅有局部坠胀不适。主要表现为局部包块，无触痛；如疝内容物为肠管时，听诊可以闻及肠鸣音；回纳疝块后，可触及腹壁的缺损处；嘱病人咳嗽，检查者指尖能感知冲击感。

(2) 难复性疝：疝块不易或不能回纳，可有坠胀，隐痛不适。滑动性斜疝除疝块不能完全回纳外，尚有消化不良或便秘等症状。

(3) 嵌顿性疝和绞窄性疝：当腹腔内压骤然增高时，疝块突然增大，剧烈疼痛，平卧或用手推送不能使之回纳。肿块张力高且硬，有明显触痛。如嵌顿的内容物为肠袢，即伴有腹部绞痛、恶心、呕吐、腹胀、停止排便排气等机械性肠梗阻的表现。如嵌顿时间过久，疝内容物发生缺血坏死，形成绞窄性疝，此时病人有急性化脓性腹膜炎体征；发生肠管绞窄者可有血便，肠管绞窄穿孔者可因疝块压力骤降疼痛暂时缓解，易误认为病情好转；严重者可并发感染性休克。

腹股沟斜疝与直疝的区别如表 3-4 所示。

表 3-4 腹股沟斜疝与直疝的区别

项目	斜疝	直疝
发病年龄	儿童、青壮年	老人
突出途径	经腹股沟管，可进阴囊	经直疝三角突出
疝块外形	椭圆或梨形	半球形
回纳后压住深环	不再突出	仍可突出
精索与疝囊的关系	精索在疝囊后方	精索在疝囊前外方
疝囊颈与腹壁下动脉的关系	疝囊颈在腹壁下动脉的外侧	疝囊颈在腹壁下动脉的侧
嵌顿机会	较多	较少

## 3. 辅助检查

阴囊透光试验：鞘膜积液，阳性。疝块，阴性（不透光）。血常规：白细胞、中性粒细胞是否升高。粪便常规：隐血试验阳性或见白细胞。

## 4. 心理状况

因疝块反复突出影响工作与学习，产生焦虑不安，对手术存在顾虑。

## 四、治疗要点

及早采用手术治疗。1 岁以内，随着生长发育，腹壁肌肉逐渐增强，可自愈。采取压迫疝环的方法，避免疝内容物脱出。儿童期采用疝囊高位结扎术。成人疝修补术，嵌顿时间在 3~4 小时内，确认无绞窄的情况下，试行手法复位，再择期手术。

## 五、护理诊断

- (1) 知识缺乏：缺乏预防腹内压升高的有关知识。
- (2) 急性疼痛：与疝嵌顿、绞窄及手术创伤有关。
- (3) 体液不足：与疝嵌顿、绞窄引起机械性肠梗阻有关。
- (4) 潜在并发症：术后阴囊水肿、血肿、切口感染。

## 六、护理措施

### (一) 非手术治疗的护理

非手术疗法适应症如下。

- (1) 1 周岁以内的小婴儿可暂不手术。
- (2) 年老体弱或有严重疾病不能适应手术者。

处理：可用棉线束带、绷带、医用疝带压迫。

### (二) 术前护理

手术前 2 周让患者禁止吸烟，如果患者有气管炎、支气管炎、慢性咳嗽等疾病，要在医生指导下及时治疗。 注意保暖，防止感冒、咳嗽。 多吃粗纤维食物及蔬菜水果，保持大便通畅。 可提前为病人准备一个小沙袋（约重 500g），这是手术后需要用到的。 消除诱因：导致腹内压升高的因素，咳嗽、腹水等引起腹腔内压增高的因素存在，应先期处理。（a）休息：减少活动，多卧床休息，离床活动使用疝带。（b）观察腹部情况：警惕嵌顿性疝发生的可能。（c）灌肠与排尿：术前排空大小便。 嵌顿性及绞窄性疝的术前护理：紧急手术。 术前训练：床上排便。 术前常规准备：备皮，灌肠、排尿，麻醉前准备，药敏试验。

### (三) 术后护理

- (1) 体位：平卧位 半卧位。
- (2) 饮食：一般病人术后 6~12 小时无异常可进流质 软食 普食；肠切除吻合者禁食 流质 半流质 普食。
- (3) 活动：术后 3~5 天，特殊者延迟。
- (4) 病情观察。

预防阴囊水肿：切口部位常规压沙袋（0.5kg）24 小时，以减轻渗血，使用丁字裤或阴囊托将阴囊托起。

预防切口感染：保持切口敷料清洁和干燥，避免大小便污染、及时更换。观察体温和脉搏的变化及切口有无红、肿、疼痛，合理使用抗菌药。

预防复发：防止腹内压升高。

## 七、健康教育

- (1) 出院后应适当休息，逐渐增加活动量，一般 3 个月内避免重体力劳动。
- (2) 平时生活要有规律，避免过度紧张和疲劳。
- (3) 避免腹内压增高的因素，如剧烈咳嗽、用力排便等。
- (4) 若有疝复发，应及早回院诊治。



### 高考链接

【例 1】（2012 年高考题）最常见的腹外疝是（ ）。

- A. 股疝                      B. 腹股沟直疝                      C. 腹股沟斜疝                      D. 脐疝

【分析】最常见的腹外疝是腹股沟斜疝。

【答案】C

【例 2】（2013 年高考题）下列不属于腹股沟斜疝的临床特点的是（ ）。

A. 多见于老年人

B. 精索在疝囊后方

C. 嵌顿机会较多

D. 经腹股沟管突出, 可进入阴囊

【分析】本题考查腹股沟斜疝的临床特点。多见于青少年男性。

【答案】A

【例 3】(2015 年高考题) 简述腹股沟斜疝的病理类型及病理解剖结构的名称。

【答案】(1) 病理类型: 易复性疝(可复性疝)、难复性疝、嵌顿性疝、绞窄性疝。

(2) 病理解剖结构的名称: 疝环(疝门)、疝囊、疝外被盖、疝内容物。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 腹外疝发病原因中最重要的的是( )。

A. 腹壁薄弱

B. 慢性便秘

C. 慢性咳嗽

D. 排尿困难

2. 腹外疝最常见的疝内容物是( )。

A. 大肠

B. 大网膜和小肠

C. 结肠

D. 膀胱

3. 内脏器官成为疝囊壁的一部分, 此种疝称( )。

A. 腹外疝

B. 股疝

C. 白线疝

D. 滑动疝

4. 嵌顿性疝与绞窄性疝的区别是( )。

A. 疝内容物有无血运障碍

B. 是否有休克

C. 疝囊有无压痛

D. 疝内容物能不能回纳

5. 最常见的腹外疝是( )。

A. 脐疝

B. 腹股沟斜疝

C. 切口疝

D. 股疝

6. 腹股沟深环的体表投影位于( )。

A. 腹股沟中点上方 1cm 处

B. 腹股沟中点上方 2cm 处

C. 腹股沟中点

D. 腹股沟中点下方 1cm 处

7. 腹股沟斜疝发生嵌顿的最主要原因是( )。

A. 疝环小, 疝内容物有粘连

B. 腹壁肌紧张内环收缩

C. 疝环大, 疝内容物脱出过多

D. 疝环小, 腹内压骤然增高

8. 老年男性患者在负重劳动时, 右侧腹股沟斜疝发生嵌顿, 能够说明疝内容物已发生缺血性坏死的是( )。

A. 疝块增大、不能回纳

B. 伴有明显腹胀

C. 疝块紧张发硬有压痛

D. 全腹有压痛, 腹肌紧张

9. 男性, 68 岁, 右侧腹股沟区可复性肿块 7 年, 肿块有时可进入阴囊。体检: 右腹股沟区肿块, 可还纳, 外环口容 2 指, 压迫内环口后, 肿块不再出现。鉴别该病人为腹股沟斜疝或直疝时, 最有意义的鉴别点是( )。

A. 发病年龄

B. 突出途径: 疝内容物是否进入阴囊

C. 疝块外形

D. 还纳疝内容物、压迫深环后疝内容物是否再突出

10. 男性, 3 岁, 被确诊为右腹股沟斜疝, 首选的术式是( )。

A. 单纯疝囊高位结扎术

B. Ferguson 法

C. McVay 法

D. Bassini 法

12. 男性, 28 岁, 8 年来站立或腹压增高时反复出现右阴囊肿块, 平卧安静时肿块明显缩小或消失。10 小时前因提重物而肿块又出现, 伴腹痛、呕吐, 肛门停止排气和排便; 体检示右阴囊红肿, 可见一梨状肿块, 平卧后肿块不消失。最有可能的诊断是 ( )。

13. 嵌顿性腹股沟斜疝发病 10 小时, 病人最有效的治疗措施是 ( )。

14. 腹外疝术后, 对病人正确的要求是 ( )。

15. 肠嵌顿性疝的急诊术前准备, 错误的是 ( )。

16. 腹外疝疝囊的主要结构是( )。

- A. 腹壁肌肉      B. 壁层腹膜      C. 腹壁皮肤      D. 脏层腹膜

17. 必须急诊手术治疗的腹外疝是 ( )。

- A. 易复性疝      B. 滑动性疝      C. 难复性疝      D. 绞窄性疝

18. 有关腹股沟疝的术后护理错误的是 ( )。

- A. 血压平稳后给予半卧位  
B. 切口部置砂袋  
C. 预防便秘  
D. 手术侧下肢膝下垫一小枕使髋部稍屈

19. 患者老年男性，腹股沟斜疝发生嵌顿，行手法复位后，应密切观察患者有无（ ）。

- A. 血压      B. 体温、脉搏      C. 排便情况      D. 腹膜炎表现

20. 腹股沟斜疝发生嵌顿术前处理措施中, 不正确的是( )。

- A. 禁饮食      B. 胃肠减压      C. 备皮      D. 灌肠

21. 腹股沟斜疝发生嵌顿，术后处理中，不正确的是（ ）。

- A. 仰卧位, 膈部垫枕  
B. 术后 6~12 小时进流质饮食  
C. 用丁字带托起阴囊  
D. 鼓励患者早期下床活动

22. 腹外疝的疝环是指 ( )。

- A. 疝内容物突出的部位  
B. 疝囊颈部  
C. 腹膜薄弱或缺损处  
D. 壁腹膜的一部分

23. 患者男, 25 岁。在硬膜外麻醉下行左腹股沟斜疝修补术。恰当的术后饮食护理是( )。
- 若术后 6 小时无恶心即可进流质饮食
  - 术后即进普通饮食
  - 术后应胃肠减压
  - 术后应静脉供给营养 3 天

## 二、简答题

- 简述腹股沟斜疝的临床特点。
- 简述腹股沟斜疝的术后护理要点。

## 三、视图题

请标识出图 3-4 中小儿腹股沟斜疝的解剖结构。

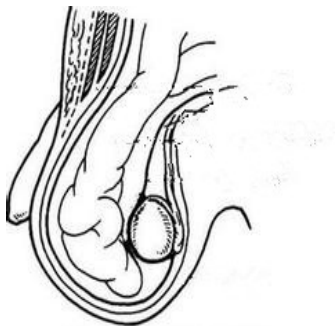


图 3-4 小儿(先天性)腹股沟疝(睾丸疝)

## 四、综合分析题

男性, 62 岁, 右腹股沟可复性肿块 10 年。病人有长期便秘史和吸烟史。肿块在站立时明显, 平卧时消失, 肿块有时可进入阴囊, 可还纳。体检发现右腹股沟区肿块, 约 10cm × 8cm 大小, 质软, 可还纳, 外环口容 2 指, 压迫内环口后, 肿块不再出现。透光试验阴性。

(1) 该病人可能的医疗诊断是什么?

(2) 健康史评估时必须询问哪些有关内容?

(3) 患者在 4 小时前, 抬重物时突感疝块明显增大, 腹痛难忍, 呕吐数次, 伴发热、全身不适。查体: 右腹股沟及阴囊可扪及肿块, 张力高, 明显触痛。全腹有压痛、腹肌紧张。白细胞计数明显增高。患者最有可能发生的新问题是(医疗诊断)什么?

## 第七节 急性阑尾炎病人的护理



### 考纲要求

- 掌握急性阑尾炎的主要病因、护理评估及护理措施。
- 理解急性阑尾炎的发病机制、护理诊断、治疗要点。
- 了解急性阑尾炎的概念和分类。



## 知识梳理

### 一、概述

#### (一) 概念

急性阑尾炎是阑尾的急性化脓性感染，是腹部手术疾病中最常见疾病之一。在急腹症中最多见。多发生在 20~30 岁青壮年身上。若能正确诊断和处理，若延误诊断及治疗，引起严重并发症，甚至导致死亡。护理过程中应对疑似病人加强观察；确诊手术病人，积极做好周围手术期护理。

#### (二) 病因及发病机制

(1) **管腔梗阻是急性阑尾炎最常见病因。**导致阑尾管腔梗阻的原因有：**淋巴滤泡增生**，约占 60%，多见于年轻人；**粪石**，约占 35%；**异物、炎性狭窄、食物残渣、蛔虫、肿瘤等**，较少见；**阑尾管腔细，开口狭小，系膜短使阑尾卷曲。**

(2) 细菌入侵阑尾管腔阻塞后，细菌繁殖并分泌内毒素和外毒素，损伤粘膜上皮，产生溃疡，细菌经溃疡面进入阑尾肌层；也因肠道炎性疾病蔓延致阑尾。致病菌多为肠道内的各种革兰阴性杆菌和厌氧菌。

(3) 神经反射胃肠道功能因某种原因发生紊乱时阑尾也受到影响，引起阑尾肌肉或血管反射性痉挛，导致管腔狭窄梗阻，同时血管痉挛致阑尾缺血，使阑尾管腔粘膜受损，细菌侵入引起阑尾炎。

#### (三) 分类

(1) 急性阑尾炎的病理类型根据其病理严重程度，分为**单纯性、化脓性、坏疽性和阑尾周围脓肿型。**

**急性单纯性阑尾炎：**阑尾轻度肿胀，浆膜充血，以粘膜和粘膜下层最显著，有少量纤维蛋白渗出；阑尾粘膜有小溃疡和出血点；腹腔内有少量局限性炎性渗出。

**急性化脓性阑尾炎：**阑尾粘膜面溃疡增大，腔内积脓，壁内也有小脓肿形成；阑尾显著肿胀，浆膜高度充血，表面覆盖有脓苔；腹腔内有脓性渗出物，发炎的阑尾常被大网膜和邻近的肠管包裹。

**急性坏疽性及穿孔性阑尾炎：**阑尾壁层组织坏死，腔内脓液呈血性；浆膜呈暗红色或黑紫色，局部可能已穿孔。穿孔部位大多在血运较差的远端部分，也可在粪石直接压迫的局部。穿孔后如未被包裹，感染继续扩散，则引起弥漫性腹膜炎。

**阑尾周围脓肿：**急性阑尾炎化脓坏死或穿孔，如果进展较慢，大网膜可移至右下腹，将阑尾包裹并导致粘连，形成炎性包块或阑尾周围脓肿。

(2) 急性阑尾炎病理转归其病理演变主要取决于机体的抵抗力。其结局有 3 种情况。

**炎症消退：**炎症完全消退，不遗留病理改变；或瘢痕性愈合，留下阑尾腔狭窄，与周围组织粘连，易复发；或迁延成慢性阑尾炎。

**炎症局限化：**化脓性、坏疽性阑尾炎被大网膜包裹，粘连成炎性包块，或形成阑尾周围脓肿。

**炎症扩散：**阑尾坏疽穿孔形成弥漫性腹膜炎；细菌扩散到肝门脉系统，引起肝门静脉炎；病情恶化可致感染性休克。

## 二、护理评估

### （一）健康史

评估病人的发病诱因，有无急性肠炎、慢性炎症性肠病、肠蛔虫等病史；既往有无类似发作史，如何缓解；了解有无劳累及全身抵抗力下降等。

### （二）身体状况

#### 1. 症状

（1）腹痛：突然发生，开始于上腹部、剑突下或脐周围，呈持续性，少数为阵发性，数小时或十几小时后，腹痛逐渐转移并固定于右下腹部，呈持续性并逐渐加重。约 80% 的病人有典型的转移性右下腹痛的表现，但少数病人开始即为右下腹部疼痛。腹痛的程度与阑尾炎的病理类型关系密切，由单纯性阑尾炎至化脓性、坏疽性阑尾炎，其腹痛逐渐加重。有的病人腹痛突然完全缓解，这种现象可能为两种情况：粪石、异物被排入盲肠，阑尾腔的梗阻突然解除，腔内压迅速减轻，疼痛随即缓解，提示病情好转；也可能是阑尾壁坏死、穿孔后，腔内积液排入腹腔，阑尾腔的压力也迅速减轻，腹痛随即减轻，但腹腔内的炎症逐渐扩散，短暂的缓解后，右下腹痛又会逐渐加重。因此，腹痛的突然减轻，不一定是病情好转的征象。老年人与儿童的阑尾炎表现往往不典型，耽误诊断与治疗，确诊后应尽早行手术。

部分病人因阑尾位置的变化或变异，其腹痛部位也会有相应的变化，如盲肠后位阑尾为右侧腰部疼痛；异位阑尾，如阑尾位于肝下区者为右上腹痛等。

（2）胃肠道症状：恶心、呕吐最常见，早期呕吐多为反射性，常发生在腹痛高峰期；晚期呕吐则与腹膜炎有关。约 1/3 的病人有便秘或腹泻症状。盆腔位阑尾炎及出现盆腔脓肿时，有大便次数增多、里急后重、粘液便等直肠刺激症状。

（3）全身反应：单纯性阑尾炎，体温轻度升高；明显发热、中毒症状较重，提示阑尾化脓、坏疽穿孔；发生寒战、高热、轻度黄疸，提示化脓性门静脉炎。

#### 2. 体征

（1）右下腹固定压痛：是急性阑尾炎最常见和最重要的体征。当感染局限于阑尾腔以内，病人尚觉上腹部或脐周疼痛时，右下腹就有压痛存在。阑尾穿孔合并弥漫性腹膜炎时，虽然全腹都有压痛，仍以右下腹最为明显。常见的压痛点是麦氏点，在脐与右侧髂前上棘连线的中外 1/3 交界处，如图 3-5 所示。

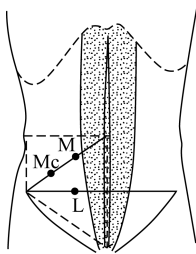


图 3-5 麦氏点

（2）腹膜刺激征：化脓性和坏疽性阑尾炎有腹膜炎表现，可见局限性或弥漫性腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张、肠鸣音减弱或消失。

（3）腹部包块：阑尾周围脓肿较大时，在右下腹触到境界不清、不能活动、伴有压痛和反跳

痛的包块。

(4) 其他体征：阑尾位置有变异时，以下试验或检查可见有意义的体征。结肠充气试验：病人仰卧位，检查者先用一手按压左下腹部降结肠，再用另一手反复压迫近侧结肠，结肠积气可传至盲肠和阑尾根部，若引起右下腹疼痛加重即为阳性。腰大肌征：病人左侧卧位，检查者将病人右下肢向后过伸，如出现右下腹疼痛加重即为阳性，提示阑尾可能位于盲肠后或腹膜后靠近腰大肌处，或炎症已波及腰大肌。闭孔肌征：病人仰卧位，右髋及右膝均屈曲  $90^\circ$ ，将右股内旋，若右下腹疼痛加重即为阳性，提示阑尾位置较低，炎症已波及闭孔内肌。直肠指检：盆腔位急性阑尾炎，直肠右侧壁有明显触痛，甚至触到炎性包块。阑尾穿孔伴盆腔脓肿时，直肠内温度较高，直肠前壁膨隆，并有触痛，部分病人伴有肛门括约肌松弛现象。

### (三) 心理-社会状况

因担心疾病对生活、学习、工作等造成影响，担心手术的危险性和术后并发症等，表现出精神紧张、焦虑不安的心理和情绪；尤其是年轻女性，担心术后腹部留有瘢痕，对形体产生影响，精神紧张、焦虑不安的情绪更明显，甚至产生恐惧心理，希望非手术治疗。

### (四) 辅助检查

(1) 实验室检查：血白细胞计数和中性粒细胞比例增高。

(2) 影像学检查阑尾穿孔、腹膜炎时，腹部 X 线检查可见盲肠扩张和气液平面；超声检查可发现肿大的阑尾或脓肿；CT 检查获得与超声检查相似的结果。

## 三、治疗原则

早期手术治疗。部分急性单纯性阑尾炎，经非手术治疗而获痊愈。

### 1. 手术治疗

手术治疗根据急性阑尾炎的临床类型，选择不同手术方法。

(1) 急性单纯性阑尾炎：行阑尾切除术，切口一期缝合。若有条件，也可采用经腹腔镜阑尾切除术。

(2) 急性化脓性或坏疽性阑尾炎：行阑尾切除术。若腹腔已有脓液，清除脓液后关闭腹膜，切口置乳胶片引流。

(3) 穿孔性阑尾炎：手术切除阑尾、清除腹腔脓液或冲洗腹腔，根据情况放置引流管。

(4) 阑尾周围脓肿：先行非手术治疗，待肿块缩小局限、体温正常，3 个月后再行手术切除阑尾。若在非手术治疗过程中，体温日渐升高，肿块增大，疼痛无减轻，则行脓肿切开引流术，待伤口愈合，3 个月后再行阑尾切除术。

### 2. 非手术治疗

非手术治疗包括禁食、补液、应用抗生素、中药以清热、解毒、化瘀为主。在非手术治疗期间，若病情有发展趋势，如右下腹痛加剧、发热；血白细胞计数和中性粒细胞比例上升，改为手术治疗。

## 四、护理诊断及医护合作性问题

(1) 疼痛：与阑尾炎症刺激及手术创伤有关。

(2) 体液不足：与呕吐、禁食、腹膜炎等有关。

(3) 体温过高：与阑尾炎症有关。



(4) 潜在并发症：门静脉炎（术前）、内出血、腹腔脓肿、粘连性肠梗阻、粪瘘、切口感染及慢性窦道、切口疝等。

## 五、护理措施

### （一）一般护理

卧床休息，尤其是阑尾周围脓肿病人，防止脓肿破裂造成感染扩散；无休克者，宜半卧位；禁食禁水；做好皮肤及口腔护理。

### （二）病情观察

观察病人精神状态、生命体征、腹部症状和体征的变化、白细胞计数和中性粒细胞的变化及有无出现各种并发症。如病人体温明显升高，脉搏呼吸增快，或血白细胞计数和中性粒细胞比例持续升高，或腹痛加剧且范围明显扩大，或者出现严重腹膜刺激征，说明病情加重，应立即手术；如腹痛突然减轻，可能是阑尾梗阻解除，病情好转的表现，也可能是阑尾坏疽穿孔的表现，此时注意有无明显的腹膜刺激征和全身感染中毒症状；若阑尾周围脓肿范围逐渐增大，全身中毒症状不断加重，及时报告医生，考虑手术引流；及时发现急性弥漫性腹膜炎、腹腔脓肿、门静脉炎等并发症，并协助医生进行处理。

### （三）手术前后护理

#### 1. 术前护理

(1) 对症护理：卧床休息，取半卧位。高热者，采用物理降温。疼痛明显者，给予针刺或按医嘱应用解痉剂缓解症状，但**禁用吗啡或哌替啶**，以免掩盖病情；已确定手术时间者，给适量的镇痛剂；便秘者，用开塞露，**禁忌灌肠和使用泻剂**，以免炎症扩散或阑尾穿孔。

(2) 饮食护理：急性单纯性阑尾炎，且肠蠕动良好者可进流质饮食，病情重者或准备手术者禁食，禁食期间静脉补液，维持能量需要及水、电解质平衡。

(3) 控制感染：遵医嘱应用广谱抗生素和抗厌氧菌的药物等有效抗菌药物。亦可用针灸和中药治疗。

(4) 严密观察病情：注意病人的体温、脉搏、神志和腹部体征，以及实验室检查，一旦病情加重，急诊手术。

#### 2. 术后护理

(1) 体位与活动：根据麻醉要求，给予适当体位；血压平稳后，采用**半卧位**。鼓励病人**早期下床活动，促进肠蠕动恢复，防止肠粘连**。轻者手术当天即可下床活动；重者进行床上活动，待病情稳定后及早下床活动。

(2) 饮食：术后暂禁食，合并弥漫性腹膜炎者，行胃肠减压，静脉补液，**待胃肠蠕动恢复、肛门排气后进流食**；次日给半流食；术后第5~6天后进软食，勿入过多甜食、豆制品和牛奶，以免引起腹胀；**一周内禁忌灌肠和使用泻剂**。

(3) 观察病情：注意观察生命体征，及时发现并协助处理术后并发症。

#### 3. 并发症护理

(1) 内出血：术后发现病人面色苍白、脉速，提示手术后腹腔内出血，立即给予补液、输血，做好急诊术前准备，再次手术止血。

(2) 切口感染：立即拆除缝线，引流伤口，正确换药促使其愈合。

(3) 粪瘘：一般采用保守治疗和按肠瘘常规护理后，多数病人可自行愈合，如病程超过3个

月仍未愈合,考虑手术。

(4) 粘连性肠梗阻:参见肠梗阻病人的护理。

#### (四) 健康指导

(1) 指导病人注意饮食卫生,避免暴饮暴食、生活不规律、过度疲劳和腹部受凉等因素;及时治疗急性胃肠炎等疾病;预防慢性阑尾炎急性发作或防止手术后粘连性肠梗阻。

(2) 阑尾周围脓肿病人出院时,嘱病人3个月后再做阑尾切除术;发生急、慢性腹痛、恶心呕吐等腹部症状,及早就诊。



### 高考链接

【例1】(2011年高考题)对急性阑尾炎描述不正确的是( )。

- A. 阑尾腔阻塞是最常见的病因
- B. 多数患者具有转移性腹痛的特点
- C. 右下腹压痛是最常见的主要体征
- D. 多数患者一旦确诊,应早期行阑尾切除术但老年人儿童除外

【分析】本题考查急性阑尾炎的临床特点。老年人与儿童的阑尾炎表现往往不典型,耽误诊断与治疗,确诊后应尽早行手术。

【答案】D

【例2】(2012年高考题)急性阑尾炎最重要的体征是( )。

- A. 血便
- B. 腹膜刺激征
- C. 腰大肌试验阳性
- D. 麦氏点压痛

【分析】本题考查急性阑尾炎的体征。最重要的是麦氏点固定压痛。

【答案】D

【例3】(2015年高考题)阑尾切除术后6小时,患者生命体征平稳,应采取的卧位是( )。

- A. 平卧位
- B. 中凹卧位
- C. 半卧位
- D. 俯卧位

【分析】阑尾手术4~6小时后,采取半卧位,有利于减轻腹壁张力,炎症局限。

【答案】C

【例4】(2013年高考题)患者,男性,45岁。因急性阑尾炎入院行阑尾切除术,手术顺利。手术后第2天护理体检:体温38℃,脉搏90次/分,呼吸20次/分,血压130/80mmHg。患者无明显咳嗽、咳嗽等其他不适。

请回答:

(1) 该患者麻醉后应取何种体位?术后可以进食的指征是什么?

(2) 该患者术后体温升高是否正常?为什么?

(3) 该患者手术后第5天,自觉切口疼痛加剧,局部红肿、压痛并伴有波动感,测体温39.5℃,该患者体温升高是否正常?为什么?该如何处理?

【答案】

(1) 半坐卧位,术后进食在出现肠蠕动或肛门排气后。

(2) 体温升高正常,是由于术后渗血渗液或组织坏死产物吸收引起的外科热。

(3) 体温升高不正常。是由于切口感染引起的炎症反应。处理方法:拆除缝线,清除脓液,必要时放置引流。应用抗生素,营养支持,止痛等对症治疗。

【例 5】(2013 年高考题) 患者, 男性, 17 岁, 学生。昨日早餐后突发上腹部疼痛, 伴恶心、呕吐, 于学校门诊行输液治疗, 无明显好转, 遂就诊。晚睡前疼痛转移有下腹部。查体: 体温 38.5 , 脉搏 110 次/分, 血压 120/80mmHg, 有下腹腹肌紧张, 麦氏点有明显压痛, 反跳痛。血常规: 白细胞计数  $18 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 0.85。

请回答: (1) 该患者最可能出现的临床诊断是什么?

(2) 该疾病的发病原因有哪些?

(3) 该疾病最常见的病理类型有哪些?

【答案】(1) 急性阑尾炎。

(2) 阑尾腔梗阻、细菌入侵 (细菌感染)。

(3) 单纯性阑尾炎、化脓性阑尾炎、坏疽性及穿孔性阑尾炎、阑尾周围脓肿。



## 反馈训练

### 一、选择题

- 麦氏点位于 ( )。
  - 左髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处
  - 右髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处
  - 左髂前上棘与脐连线中内 1/3 交界处
  - 右髂前上棘与脐连线中外 2/3 交界处
- 阑尾手术切口的标志点为 ( )。
  - 麦氏点
  - 华氏点
  - 墨氏点
  - 雷氏点
- 下列不是急性阑尾炎术后给予半卧位的主要目的是 ( )。
  - 利于呼吸
  - 减轻切口张力
  - 预防肠粘连
  - 利于腹腔引流
- 阑尾炎症时可引起 ( )。
  - 小肠脓肿
  - 结肠脓肿
  - 胰腺脓肿
  - 门静脉炎和肝脓肿
- 急性阑尾炎最典型的症状为 ( )。
  - 转移性脐周疼痛
  - 转移性右下腹痛
  - 固定性脐周疼痛
  - 固定的右下腹痛
- 急性阑尾炎时最有诊断意义的体征是 ( )。
  - 腹肌紧张
  - 腰大肌试验阳性
  - 结肠充气试验阳性
  - 阑尾点固定性压痛
- 急性阑尾炎腹痛起始于脐周或上腹的机制是 ( )。
  - 胃肠功能紊乱
  - 内脏神经反射
  - 躯体神经反射
  - 阑尾位置不固定
- 急性阑尾炎典型的症状为 ( )。
  - 转移性右下腹痛
  - 右下腹痛并伴有轻度胃肠功能紊乱
  - 腹膜刺激征
  - 右下腹固定性压痛性包块
- 护理阑尾切除术后患者第 1 天应注意观察的并发症是 ( )。

- 158

切口红肿、压痛。入院时应考虑( )。

- A. 急性单纯性阑尾炎                      B. 急性化脓性阑尾炎  
C. 坏疽性阑尾炎                         D. 穿孔性阑尾炎

20. 男性, 25 岁。病人主诉右下腹剧烈疼痛, 腹痛开始于脐周, 然后转移至右下腹。体检示: 体温 39.1℃, 脉搏 113 次/分钟, 血压 120/85mmHg, 右下腹压痛、肌紧张、反跳痛、肠鸣音减弱; 腰大肌试验阳性。实验室检查: 白细胞计数  $12.5 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 0.82。诊断为急性阑尾炎, 此病最常见的病因为( )。

- A. 阑尾管腔阻塞    B. 细菌入侵    C. 急性肠炎    D. 血吸虫病

## 二、简答题

1. 简述急性阑尾炎的临床表现。
2. 简述急性阑尾炎的病理类型。
3. 简述急性阑尾炎的术后并发症。

## 三、视图题

请在图 3-6 中画线标志阑尾压痛点, 并用文字描述。

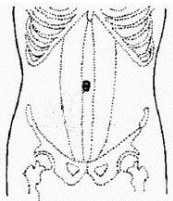


图 3-6 第三题图

## 四、综合分析题

男性, 25 岁。病人主诉 10 小时前无明显诱因出现右下腹剧烈疼痛, 腹痛开始于脐周, 然后转移至右下腹。伴有恶心、呕吐, 吐胃内容物。体检示: 体温 39.1℃, 脉搏 113 次/分钟, 血压 120/85mmHg, 右下腹压痛、肌紧张、反跳痛、肠鸣音减弱; 腰大肌试验阳性。实验室检查: 白细胞计数  $12.5 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 0.82。

- (1) 临床诊断是什么? 诊断依据是?
- (2) 病人存在的护理诊断是什么?
- (3) 需要做哪些检查? 假如病人需要手术, 术后为防止肠粘连应采取哪些护理措施?

## 第八节 胆道疾病病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握胆道疾病的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解胆道疾病的发病机制、护理诊断、治疗要点。
3. 了解胆道疾病的概念分类。



## 知识梳理

### 一、概述

#### (一) 胆道系统

胆道系统包括肝内和肝外胆管、胆囊及 Oddi 括约肌。可分为肝内和肝外两大胆道系统。

(1) 肝内胆管：起始于肝内毛细胆管，汇集成小叶间胆管、肝段、肝叶胆管和肝内左右肝管

(2) 肝外胆管：包括肝外左右肝管、肝总管、胆囊、胆囊管和胆总管。

胆总管的下端与主胰管在十二指肠壁内汇合成一共同通道，并膨大形成壶腹，称为乏特壶腹。其周围有 Oddi 括约肌围绕，具有调节和控制胆汁和胰液的排放，防止十二指肠液返流的作用。胆囊颈是胆囊结石易嵌顿的部位。

胆道系统的生理功能：具有分泌、贮存、浓缩和输送胆汁的功能。

胆汁的生理功能：乳化脂肪；协助脂溶性维生素的 A、D、E、K 的吸收；抑制肠内致病菌生长和内毒素形成；刺激小肠和结肠蠕动；中和胃酸等。

胆囊的生理功能：浓缩和储存胆汁；排出胆汁；分泌功能。

#### (二) 胆道疾病的特殊检查及护理

##### 1. 影像学检查

B 型超声波检查：在胆囊结石、胆囊炎、胆道肿瘤、胆道蛔虫、胆道畸形及黄疸的鉴别诊断中有重要的价值，是**诊断胆道疾病的首选方法**。检查胆囊时，需空腹 8 小时以上，前一天晚餐宜进清淡素食。超声检查应在钡餐造影和内镜检查之前或钡餐检查 3 日之后进行，以免影响检查效果。

##### 2. 放射学检查

(1) 腹部 X 线平片：15% 的胆囊结石可在腹部平片上显影。因其显示率较低，一般不作为常规检查手段。

(2) 口服法胆囊造影：口服碘番酸经肠道吸收后进入肝脏并随胆汁排入胆囊，含有造影剂的胆汁浓缩后使胆囊在 X 下显影；脂肪餐后可观察胆囊的收缩情况。由于该检查结果受多种因素影响，故近年来已逐渐被超声波检查所替代。

(3) 静脉法胆道造影 (IVC)：造影剂经静脉输入体内后随肝脏分泌的胆汁排入胆道，可使胆道在 X 线下显影。该方法可受多种因素影响而显影率较低，故现已基本被核素胆道造影、内镜逆行胰胆管造影、经皮肝穿刺胆管造影等方法所取代。

**若观察胆囊排泄情况，可在显影后进食脂肪餐，餐后 30 ~ 60 分钟拍片。**

(4) 经皮肝穿刺胆管造影 (PTC)：在 X 线透视或 B 超引导下，利用特制穿刺针经皮肤经肝穿刺将造影剂直接注入肝内胆管，显示整个胆道系统，该法为**有创检查**，有发生胆汁漏、出血、胆道感染等并发症的可能，故术前应做充分的检查和准备，术后注意观察并发症的发生。

(5) 内镜逆行胰胆管造影 (ERCP)。

(6) 术中及术后胆管造影：胆道手术时，可经胆囊管插管至胆总管做胆道造影。术后拔除 T 管前，应常规行 T 管造影。

(7) 电子计算机体层扫描 (CT) 磁共振成像 (MRI)：能清晰地显示肝、胆、胰的形态和结构，其内结石、肿瘤或梗阻的情况。属于**无创伤、准确性较高**的检查。但对某些胆道疾病的诊断

准确率并不比 B 超高，故不作为常规的检查手段，而主要用于 B 超诊断不清，疑有肿瘤的病人。

检查前向病人解释检查的目的及注意事项，以取得合作。CT 检查前两天开始进少渣、产气少的食物以减少肠道内气体的产生。做碘过敏试验的时间应在碘化物造影检查前 1~2 天，4 小时内禁食。近期内曾行钡剂检查者，应在钡剂排尽后再做 CT 检查，以防高密度钡剂形成大量伪影。训练病人在平静呼吸下屏气。如做腹部检查，于检查前 30 分钟口服 1.5%~3% 泛影葡胺溶液 500~800mL，临检查前再口服 200mL，使造影剂充盈胃及中上段小肠。备好急救器械及药品，以防注射造影剂引起的反应及休克。MRI 检查前应询问病人是否有心脏起搏器、神经刺激器、人工心脏瓣膜、眼球异物、动脉瘤夹及金属节育环等，伴有此类物品者不可做此检查。检查前取下病人身上的一切金属物品。信用卡、磁盘、磁带也应取除，否则可发生去磁损坏。

(8) 核素扫描检查：为无创检查，辐射剂量小，对病人无损害。系将示踪剂  $^{99m}\text{Tc}$ -EHIDA 经静脉注射，示踪剂经肝脏分泌、随胆汁进入胆道，用相机或单光子束发射计算机断层扫描仪连续摄影，做动态观察。适用于肝内外胆管及肝脏病变的检查，如肝内胆管结石、急性慢性胆囊炎、胆道畸形、胆道术后观察及黄疸的鉴别诊断。注意检查胆囊时，无须完全禁食，可进少量素食早餐，但不宜进高脂肪餐；拟诊急性胆囊炎者，应禁食 2 小时以上再检查。必要时检查前做清洁灌肠。正常情况下，胆道和胆囊多在 15~30 分钟内显影，最长不应超过 60 分钟。胆道梗阻时显像时间延迟和延长。胆囊不显像者，不再行脂肪餐试验。

### 3. 其他检查

纤维胆道镜检查用于协助诊断和治疗胆道结石，了解胆道有无狭窄、畸形、肿瘤、蛔虫等，如术中胆道镜、术后胆道镜。

## 二、胆石病和胆道感染

### (一) 胆石病

(1) 概念：胆石病指发生在胆囊和胆管的结石。是我国的常见病、多发病。

(2) 病因：胆道感染、胆囊功能异常；代谢异常胆道感染；胆管异物、胆道梗阻；致石基因及其他因素。

(3) 结石的部位及类型：按结石的组成成分不同分为三类。胆固醇结石：最常见，其中 80% 发生于胆囊。胆色素结石：多发生于胆管。混合性结石：其中 60% 发生于胆囊，其余在胆管。

### (二) 胆囊结石及胆囊炎

胆囊结石常与急性胆囊炎并存，是临床常见病、多发病。主要见于成年人，以女性多见。

#### 1. 病因

急性胆囊炎的致病因素主要包括：胆总管梗阻；致病菌入侵；创伤、化学性刺激，如较大的手术、创伤，胰液返流入胆囊等。

#### 2. 临床表现和诊断

临床表现可因结石的大小、部位、性质，有无梗阻、感染等而不同。仅在体检、手术时发现的结石，称为静止性胆囊结石。单纯性胆囊结石、无梗阻和感染时，常无临床症状或仅有轻微的消化系统症状。当胆结石嵌顿时，可出现下列症状和体征。慢性胆囊炎表现不典型，急性发作时，表现同急性胆囊炎。病人常有典型胆绞痛反复发作史。

(1) 腹痛：常发生于进油腻饮食后，胆囊收缩，结石嵌顿于胆囊颈部，胆汁排空受阻，胆囊

内压力增高，胆囊强力收缩而出现右上腹部突发剧烈绞痛。**疼痛为阵发性，可向右肩胛部或背部放射，伴有恶心、呕吐和发热。**病人右上腹部有压痛和肌紧张。有时可在右上腹部触及肿大而有触痛的胆囊。若胆囊穿孔，疼痛程度加重。右上腹部肌紧张范围扩大、有明显压痛、反跳痛。**Murphy 征(+)。**

(2) 消化道症状：常伴恶心、呕吐、食欲不振、腹胀、腹部不适等非特异性消化道症状。

(3) Mirizzi 综合征：较大结石长时间嵌顿和压迫胆囊壶腹部或颈部，尤其胆囊管与肝总管并行时，可引起肝总管狭窄或胆囊胆管瘘，**表现为反复发作的胆囊炎、胆管炎及梗阻性黄疸。**

(4) 中毒症状：随胆囊炎症反应程度，病人表现出不同程度的体温升高、脉搏加速等感染征象，严重者可出现感染性中毒症状。

### 3. 实验室检查

(1) 血常规：白细胞升高及中性粒细胞增高。部分病人有血清胆红素、转氨酶、AKP 及淀粉酶升高。

(2) B 超：急性胆囊炎胆囊肿大，胆总管扩张，肝总管正常，胆囊内有结石光团。慢性胆囊炎：胆囊壁增厚，胆囊腔缩小或萎缩。常伴胆囊结石。

### 4. 处理原则

#### 1) 手术治疗

(1) 胆囊切除术。适用于：发病在 48~72 小时以内者；经非手术治疗无效且病情发展者；伴急性并发症，如胆囊坏疽或穿孔、弥漫性腹膜炎、急性化脓性胆管炎、急性坏死性胰腺炎等。

(2) 胆囊造口术。达到减压引流的目的。适用于极少数高度危重不能耐受较长时间手术或局部炎症水肿、粘连严重者，此类病人需待 3 个月后病情稳定时再行胆囊切除术。

#### 2) 非手术治疗

(1) 病情较轻急性胆囊炎、胆石症病人，可予以禁食、胃肠减压、补液、记出入水量；控制感染，解痉止痛。伴严重心血管疾病不能耐受手术、麻醉者，可在上述治疗基础上加强全身支持治疗，待病情缓解后可考虑溶石疗法。

(2) 对慢性胆囊炎患者：症状轻且无结石者，可先非手术治疗，用抗生素控制感染，待症状缓解后，有计划地择期手术。对年老体弱不能耐受手术者，可采用非手术疗法。包括限制油腻饮食，服用消炎、利胆、解痉药物，也可应用中草药、针刺疗法等。

### (三) 胆管结石及急性胆管炎

#### 1. 概述

胆管结石根据病因不同，分为原发性和继发性胆管结石；根据结石所在部位，分为肝外胆管结石和肝内胆管结石。其病理生理变化因结石部位不同而异。

#### 2. 分类和病理

(1) 肝外胆管结石：多位于胆总管下端，其病理改变主要有以下几个方面。

胆管梗阻：多为不完全性，梗阻近侧的胆管有不同程度的扩张，管壁增厚，胆汁淤积。

继发性感染：胆管梗阻后，胆管壁充血、水肿，炎性渗出，加重梗阻，继发化脓性感染。

肝细胞损害：胆道化脓性炎症可致肝细胞坏死或肝脓肿形成。

胆源性胰腺炎：胆石嵌顿于胆总管壶腹部时，致胰液排出受阻甚或逆流，可引起胰腺炎。



(2) 肝内胆管结石：多合并肝外胆管结石，除具备肝外胆管结石的病理改变外，还可具有肝内胆管狭窄、胆管炎或肝胆管癌病理变化。

### 3. 临床表现

病人常伴非特异性消化道症状，如上腹隐胀不适、呃逆、暖气等或无任何症状。当结石阻塞胆管并继发感染时可致典型的胆管炎症状，即**腹痛、寒战、高热和黄疸**，称为 **Charcot 三联征**。

(1) 腹痛：位于剑突下或右上腹部，呈阵发性、刀割样绞痛，或持续性疼痛伴阵发性加剧。疼痛**向右后肩背部放射**，伴有恶心、呕吐。

(2) 寒战、高热：于剧烈腹痛后，出现寒战、高热。体温可高达  $39 \sim 40$ ，呈**弛张热**。系梗阻胆管继发感染后，脓性胆汁和细菌逆流随肝静脉扩散所致。

(3) 黄疸：结石堵塞胆管后，胆红素逆流入血，病人出现黄疸。由于黄疸的轻重程度与梗阻的程度、是否继发感染及阻塞的结石是否松动有关，故临床上，黄疸多呈间歇性和波动性变化。

(4) 单纯性肝内胆管结石：可无症状或有肝区和患侧胸背部持续性胀痛，合并感染时除有 Charcot 三联征外，还易并发胆源性肝脓肿、胆管支气管瘘；感染反复发作可导致胆汁性肝硬化、门静脉高压症等，甚至并发肝胆管癌。

### 4. 处理原则

(1) 手术治疗：以手术治疗为主。常用手术方法：**胆总管探查或切取石、T 管引流术**；**胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术**；**Oddi 括约肌成形术**；**经内镜 Oddi 括约肌切取石术**，适用于胆石嵌顿于壶腹部和胆总管下端良性狭窄者。

#### (2) 非手术治疗。

一般治疗：胆管结石并发感染症状较轻时，禁食、胃肠减压、补液、记录出入水量；抗生素控制感染，解痉止痛。待症状控制后再择期手术治疗。

取石、溶石：术后胆管内残留结石者，可经 T 管窦道插入纤维胆道镜直视下取石。对于难以取净的结石，可经 T 管灌注溶石药物溶石。

中西医结合疗法：应用消炎利胆类中药、针灸等治疗。

### (四) 急性梗阻性化脓性胆管炎

急性梗阻性化脓性胆管炎 (AOSC) 是在胆道梗阻的基础上，并发胆道系统的急性化脓性细菌感染，亦称急性重症型胆管炎 (ACST)。

#### 1. 病因

**常见原因是胆道结石**，其次为蛔虫、胆管狭窄或胆管、壶腹部的肿瘤等。引起胆道感染的致病菌有大肠杆菌、变形杆菌、克雷伯菌、假单胞菌、厌氧菌等；可为单一细菌感染，也可为两种以上细菌混合性感染。

#### 2. 病理

胆管完全梗阻后引起梗阻以上胆管扩张，胆管壁充血、水肿、增厚；粘膜糜烂，形成溃疡；肝脏充血、肿大，肝细胞肿胀、变性，肝内胆小管内胆汁淤积。继发感染后，胆管腔内充满脓性胆汁；胆道内压力升高，当升至  $1.96\text{kPa}$  ( $20\text{cmH}_2\text{O}$ ) 时，胆管内细菌和毒素可渗出至腹腔淋巴管；超过  $3.92\text{kPa}$  ( $40\text{cmH}_2\text{O}$ ) 时，胆管内细菌和毒素即可逆行入肝窦，造成肝急性化脓性感染、肝细胞坏死，**并发多发性胆源性细菌性肝脓肿**。大量细菌、毒素进入胸导管、血循环，可导致**脓毒症和感染性休克**，甚至发生多脏器功能障碍或衰竭。

### 3. 临床表现

病人多有胆道疾病史或胆道手术史。起病急骤，病情进展快，并发症凶险。临床表现除具有一般胆道感染的 Charcot 三联征外，还有血压降低、中枢神经受抑制的表现，故常称为 Reynolds 五联征，如图 3-7 所示。

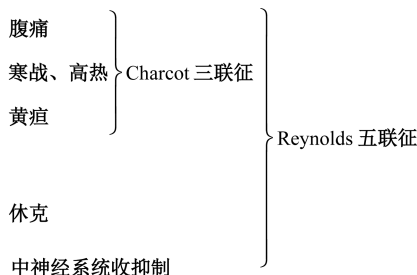


图 3-7 Reynolds 五联征

(2) 体征：腹部压痛或腹膜刺激征，肝肿大和肝区压痛，扪及肿大的胆囊；黄疸，决定于胆管梗阻的程度和是否并发感染等因素；神志改变，神情淡漠、嗜睡、神志不清甚至昏迷；休克表现，脉搏弱、血压降低，皮下淤血或全身紫绀。

#### 4. 实验室检查

(1) 血常规：白细胞升高，可超过  $20 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比例明显增高。可出现中毒颗粒。血小板计数降低，凝血酶原时间延长。

(2) B 超：胆管内有结石影，近端扩张。

(3) 其他：PTC、ERCP 助于明确梗阻部位、原因和程度。

#### 5. 处理原则

##### 1) 紧急手术抢救病人生命

**迅速解除胆道梗阻并置管引流**，达到有效减压和减轻感染的目的。通常采用胆总管切开减压、取石、T 管引流术。**T 管引流目的：引流胆汁，胆道减压，支撑胆道，治疗作用。**亦经非手术置管减压引流，方法包括：胆囊穿刺置管术、PTCD 和经内镜鼻胆管引流术（ENAD）等。

##### 2) 非手术治疗

(1) 禁食、胃肠减压、解痉止痛。待症状控制后再择期手术治疗。

(2) 抗休克：记录出入水量，补液，补充循环血量。

(3) 控制感染：联合应用足量、有效、广谱抗生素。

(4) 其他：吸氧、降温、支持治疗。

#### 6. 护理诊断/问题

(1) 疼痛：与胆道结石、胆道梗阻所致胆汁流出不畅及 Oddi 括约肌痉挛、胆道感染等有关。

(2) 体温过高：与胆道感染、炎症反应有关。

(3) 体液不足：与 T 管引流、感染性休克有关。

(4) 营养失调：低于机体需要量，与发热、恶心、呕吐、食欲不振、感染、手术创伤等有关。

(5) 皮肤完整性受损：与皮肤瘙痒、引流液刺激等有关。

(6) 焦虑/恐惧：与胆道疾病反复发作，担心预后等有关。

(7) 潜在并发症：黄疸、胆道出血、胆瘘。

护理诊断如表 3-5 所示。

表 3-5 护理诊断

护理诊断	相关因素	护理目标
疼痛	结实嵌顿、胆囊收缩、感染肿瘤浸润、手术	疼痛减轻或得到控制
知识缺乏	缺乏胆道疾病相关知识	病人掌握与疾病及康复有关的知识
体温过高	胆管梗阻继发感染	感染得到控制，体温恢复正常
营养失调（低于机体需要量）	长时间发热、摄入不足、高代谢状态	营养得到补充、营养状况得以维持
有皮肤完整性受损的危险	皮肤瘙痒、术后胆汁渗漏	皮肤完整，无破损
有体液不足的危险或体液不足	禁食水、呕吐、胃肠减压	体液得以维持平衡
潜在并发症	胆瘘、出血、感染、胆囊穿孔、MOS	并发症得以预防，及时发现和处理
低效性呼吸形态	感染中毒	维持有效呼吸
焦虑	担心肿瘤预后、家庭社会地位的改变	焦虑减轻或缓解

## 7. 护理措施

### 1) 术前护理

(1) 病情观察：密切观察病人病情变化，若出现寒战、高热、腹痛加重、腹痛范围扩大等，应考虑病情加重，要及时报告医师，积极进行处理。

### (2) 缓解疼痛。

针对病人疼痛的部位、性质、程度、诱因、缓解和加重的因素，有针对性地采取措施以缓解疼痛。先用非药物缓解疼痛的方法止痛，必要时遵医嘱应用镇痛药物，并评估其效果。

指导病人卧床休息，采取舒适卧位。

### (3) 改善和维持营养状态。

入院后即准备手术者，禁食、休息，并积极补充液体和电解质，以维持水、电解质、酸碱平衡。非手术治疗者根据病情再决定饮食种类。

营养不良会影响术后伤口愈合，应给予高蛋白、高碳水化合物、高维生素、低脂的普通饮食或半流质饮食。不能经口饮食或进食不足者，可经胃肠外营养途径补充足够的热量、氨基酸、维生素、电解质，以维持病人的营养状态。

### (4) 并发症的预防。

拟行胆肠吻合术者，术前 3 日口服卡那霉素、灭滴灵等，术前 1 日晚行清洁灌肠。观察药物疗效及副作用。

**肌注维生素 K<sub>1</sub>**10mg，每日 2 次。纠正凝血机能障碍，应观察其疗效及有无副作用出现。

(5) 心理护理：观察了解病人及家属对手术的心理反应，有无烦躁不安、焦虑、恐惧的心理。耐心倾听病人及家属的诉说。根据具体情况给予详细解释，说明手术的重要性、疾病的转归，以消除其顾虑，积极配合手术。

### 2) 术后护理

#### (1) 病情观察

生命体征：尤其是心率和心律变化。术后病人意识恢复慢时，注意有无因肝功损害、低血糖、脑缺氧、休克等所致的意识障碍。

观察、记录有无出血和胆汁渗出：包括量、速度、有无休克征象。胆道手术后易发生出血。

量小时,表现为柏油样便或大便隐血;量大时,可导致出血性休克。若有发热和严重腹痛,可能为胆汁渗漏引起的胆汁性腹膜炎,需立即报告医师处理。

黄疸程度、消退情况:观察和记录大便的颜色,检测胆红素的含量,了解胆汁是否流入十二指肠。若黄疸加重,可能有胆汁引流不畅。

## (2) T 管引流的护理

胆总管探索或切开放石术后,在胆总管切开处放置 T 管引流,一端通向肝管,一端通向十二指肠,由腹壁戳口穿出体外,接引流袋。主要目的是:引流胆汁;引流残余结石;支撑胆道;经 T 管溶石或造影等。

护理中应做到以下几点。

妥善固定,保持通畅,必要时以挤压防止阻塞,防止扭曲脱落。术后 5~7 天内,禁止加压冲洗引流管。

预防感染,应用抗生素。

保持有效引流,避免防止妨碍病人翻身,下地活动时引流管和袋均应低于腹部切口高度,避免胆汁逆流引起感染。

观察并记录引流液的颜色、量和性状。色:早期引流液较浓后渐淡,如有严重感染颜色依然较浓,正常胆汁色泽为深绿色或棕色。性状:正常胆汁为澄清而无渣,若颜色过淡、过稀,提示肝功能不良。胆汁量每天 600~1000mL,3~4 天后逐渐减少至每日 200~400mL,如观察到胆汁量锐减,应注意引流管是否扭曲受压或是泥沙结石或蛔虫堵塞。

合适体位,半卧位、平卧位,加强皮肤护理,防止引起皮肤炎症反应;加强引流护理,及时更换引流,防止感染,保持 T 型管无菌,每日更换引流袋,预防引流液刺激伤口周围皮肤,必要时引流管周围皮肤敷上凡士林纱布,保持皮肤完整性。

拔管(术后 12~14 天),放置 T 型引流管者在全身情况好转,生命体征恢复一周,可在餐前夹管,每日 2~3 次,每次一小时,如无不舒适主诉 3 天后可给予全天夹管及拔管。拔管指征:术后 10 天左右;无腹痛腹胀、发热;黄疸症状减轻;引流量减少;颜色为透明金黄色,无脓液、结石或絮状物。

经 T 管造影证明胆总管舒畅严格无菌规范,预防逆行性感染,引流管周围皮肤护理,饮食指导,夹管试验和拔管后护理。

## (3) 并发症的观察和预防

黄疸。密切观察血清胆红素浓度,发现问题及时报告医师,并遵医嘱肌注维生素 K<sub>1</sub>。将病人指甲剪短,防止因黄疸所致皮肤瘙痒时抓破皮肤。以温水擦洗皮肤,保持清洁。

出血。卧床休息:防止肝断面出血;改善凝血功能:维生素 K,观察病人出血量,若每小时出血大于 100mL,持续 3 小时以上,腹胀、腹围增大,或病人有血压下降、脉细速、面色苍白等休克征象,应立即与医师联系,并立即配合医师进行抢救。

胆瘘。若病人切口处有黄绿色胆汁样引流物,每小时 50mL 以上者,应疑有胆瘘,立即与医师联系协助处理。长期大量胆瘘者,遵医嘱及时补充水和电解质,以维持平衡。长时期胆汁丢失将影响脂肪消化、吸收,可引起营养障碍和脂溶性维生素缺乏,应补充热量和维生素。能进食者,鼓励进低脂、高蛋白、高维生素饮食,少量多餐。加强观察。

多器官功能障碍综合征(MODS)。生命体征改变,神志淡漠,每小时尿量减少或无尿,黄疸加深,肝肾功能异常,血氧分压降低,凝血酶原时间延长。协助医师处理。

#### (4) 稳定情绪

鼓励病人保持乐观情绪，正确对待疾病和预后。对病人，心理上给予开导，生活上给予关心照顾，尽量满足其要求，鼓励其主动配合治疗，提高生活质量。

#### 8. 健康教育

(1) 指导病人选择低脂、高糖、高蛋白、高维生素易消化的饮食，烹饪方式以蒸煮为宜，忌油腻食物及饱餐。

(2) 非手术治疗的病人，应遵医嘱坚持治疗，按时服药，定期复查。若出现腹痛、黄疸、发热、厌油腻等症状时，应立即到医院就诊。

(3) 向带 T 管出院的病人解释 T 管的重要性，告知出院后的注意事项。

(4) 适当的体育锻炼，提高机体抵抗力。

(5) 指导病人对异常的观察，若存在或有腹痛、恶心、呕吐、黄疸、白陶土大便、茶色尿液等不适，或伤口红肿热痛应及时就诊。

#### (五) 胆道蛔虫病病人的护理

##### 1. 概述

胆道蛔虫病是肠道蛔虫病中最严重的一种并发症。多见于 6~8 岁学龄儿童。蛔虫是肠道寄生虫，**蛔虫成虫寄生于小肠中下段**，当人体全身及消化道功能紊乱，如高热、腹泻、饥饿、胃酸度降低、饮食不节、驱虫不当、手术刺激等，均可激惹虫体异常活动，上窜胆道；加之蛔虫有喜碱厌酸、有**钻孔习性**，在胆管炎、结石及括约肌松弛等更易引起成虫钻胆。蛔虫钻入胆道其机械刺激，引起括约肌强烈痉挛收缩，出现**胆绞痛**而出现的急性上腹痛或胆道感染。发作时病人疼痛难以忍受，大哭大叫，十分痛苦。蛔虫钻入胆道所引起的胆管阻塞是不完全的，故甚少发生黄疸，主要是蛔虫带入的细菌导致胆管炎症，且可引起急性重症胆管炎、肝脓肿、膈下脓肿、胆汁性腹膜炎、急性胰腺炎、胆道出血、中毒性休克，出现不同程度的脱水和酸中毒以至死亡。

进入胆道的蛔虫大多数死在胆道内，其尸体碎片、角皮、虫卵将成为以后结石的核心。多有不当驱蛔虫史或有全身及消化道紊乱史，曾有便、吐蛔虫史。本病初发时**剧烈腹痛与体征不成比例**，出现并发症时则症状体征复杂，应仔细分析。

##### 2. 护理评估

###### 1) 健康史

询问病人有无高热、腹泻、饥饿、胃酸度降低、饮食不节、驱虫不当、手术刺激等。

###### 2) 症状

(1) 腹痛：**早期的“症征不符”的特点和绞痛忽起忽止，止后若无其事**的特征。常为**突然发作的剑突下钻顶样剧烈绞痛**，病人面色苍白、坐卧不宁、大汗淋漓、弯腰捧腹、哭喊不止、十分痛苦，腹部绞痛时可**向右肩背部放射**，但也可突然缓解。腹痛多为阵发性、间歇发作，持续时间长短不一，**疼痛过后，可如常人安静**或戏耍，或精神萎靡。这种症状是胆道蛔虫病的特点，有助于诊断。绞痛常因虫体嵌顿于括约肌处或多数成虫络绎进入胆道所致，甚至绞痛频频发作、难以缓解。当括约肌疲劳、松弛、蛔虫全部进入胆道或退出胆道，暂时静止时，症状可暂时缓解。出现胆道感染时，则腹痛持续。当合并肝脓肿时，可有肝区、腰背部胀痛。合并急性胰腺炎时，腹痛可扩展到上腹中部、左上腹及腰背部。若蛔虫致胆道穿孔，可出现全腹持续剧烈腹痛及腹膜刺激征。当蛔虫引起胆道出血时，可有上腹爆炸性疼痛、轻度黄疸和上消化道大出血三联征。胆道感染严重时，可出现败血症等。

(2) 恶心呕吐：常有发生，多在绞痛时，相伴发生，吐出物中可含胆汁或黄染蛔虫。有的为

“干呕”，病人不能正常进食。

(3) 全身症状 早期无明显发冷发热，当并发急性化脓性胆管炎、胆囊炎时可有发冷、发热和黄疸。如并发肝脓肿、膈下感染、败血症等，则出现寒战、高热，甚至中毒性休克等。

### 3) 体征

早期虽然上腹绞痛，但腹软或仅上腹深压轻微压痛，无肌紧张，与其他急腹症显著不同。晚期如出现肝、胆化脓性感染、腹膜炎，可有腹膜刺激征：腹部压痛、反跳痛和肌紧张。或可触及肿大而有压痛的肝脏、胆囊等。由于胆道蛔虫堵塞或胆石并存，或肝脏中毒性损害，可有不同程度的黄疸。

### 3. 实验室检查

(1) 早期白细胞及中性白细胞计数正常或轻度升高，当出现合并症时则显著增高，**嗜酸白细胞多增高**。

(2) 呕吐物、十二指肠引流液、胆汁或粪便中可查见蛔虫虫卵。

(3) 合并胰腺炎时，血、尿液淀粉酶可升高。败血症时，血培养可为阳性。后期可有肝功损害和继发性贫血。

(4) 对可疑、不典型病例，可做以下检查。

十二指肠引流液镜检查有无虫卵。

钡餐检查可能见到十二指肠内蛔虫阴影，且此透明影指向十二指肠乳头处，静脉胆道造影，可发现胆管内有虫体条状影。

B 型超声波可见胆道内典型的蛔虫声像图等。

### 4. 治疗原则

解痉止痛、利胆驱虫、抗感染，纠正水、电解质、酸碱平衡，大多数经非手术治愈，仅少数出现并发症才考虑手术治疗。

#### 1) 非手术治疗

(1) 解痉止痛：遵医嘱应用阿托品、654-2 等胆碱能阻滞剂，一次性肌注或静脉注射，可解除平滑肌痉挛所引起的绞痛。绞痛剧烈，在诊断明确时可配合应用杜冷丁、异丙嗪、苯巴比妥等。

(2) 驱虫排虫：中药乌梅丸（汤）和胆道驱蛔汤加减，等做驱虫治疗有较好效果。还有 33%~50% 硫酸镁 10mL，3 次/日。驱虫最好在症状缓解期进行，选用甲苯咪唑 200mg 顿服，或驱蛔灵、氧气驱净肠道蛔虫，直至粪便虫卵转阴。

(3) 消炎利胆：如并发胆道感染则使用抗生素。胆道排虫汤也可抗炎，感染重时可加用清热解毒药。同时给予去氢胆酸、胆酸钠、消炎利胆片等。

(4) 维持营养、水、电解质和酸碱平衡：对胆道感染者，全身中毒症状严重，或腹痛、呕吐频繁，或出现并发症者，应予以禁食、输液、给予维生素，并根据血化学补充有关电解质和维持酸碱平衡的药物。必要时给予氨基酸、输血、血浆等。

(5) 经纤维十二指肠镜，置于圈套器将蛔虫体套住后取出，对嵌顿在十二指肠乳头或钻入胆总管内的蛔虫均可取出。

#### 2) 手术治疗

为胆总管探查、取净肝内外胆管中蛔虫或结石、引流胆管，以减轻中毒症状。胆囊一般无须切除，除非病变严重，或为蛔虫侵入者，应切除胆囊。对所出现的有关并发症均应做相应处理。

### 5. 护理诊断/问题

(1) 疼痛：与蛔虫引起括约肌强烈痉挛有关。

(2) 知识缺乏：缺乏卫生保健知识。

(3) 潜在并发症：胆道细菌性感染、化脓性胆管炎与蛔虫性肝脓肿、胆道出血、胆道穿孔、中毒性休克、败血症等。

## 6. 护理措施

(1) 减轻或控制疼痛：卧床休息，解痉止痛。

(2) 健康教育。

(3) 对症处理。

## 7. 健康教育

(1) 养成良好的卫生饮食习惯：不喝生水，蔬菜洗净、煮熟，水果洗净或削皮后吃，饭前便后要洗手。

(2) 正确服用驱虫剂：清晨空腹或晚上睡前服用。服药后注意大便中有无蛔虫。



## 高考链接

【例 1】(2012 年高考题) 出现夏柯氏三联征的胆道疾病是 ( )。

A. 急性胆囊炎

B. 胆囊结石

C. 胆总管结石合并胆管炎

D. 胆囊结石合并胆囊炎

【分析】 本题考查夏柯氏三联征的病因。

【答案】 C

【例2】(2012年高考题)胆固醇的好发部位是( )

A. 胆总管

B. 肝外胆管

### C. 胆囊

D, 肝内胆管

【分析】 本题考查胆固醇结石的好发部位。

【答案】 C

【例 3】(2013 年高考题) 关于胆囊炎造影饮食错误的是 ( )。

A. 第一次摄片后, 如胆囊显影良好, 应进高脂肪餐

B. 检查当日早晨饮食应清淡

C. 检查前一日晚进无脂肪低蛋白餐

D. 检查前一日中午进高脂肪餐

【分析】 本题考查胆道检查相关知识。

【答案】B

【例 4】(2013 年高考题) 不属于夏柯氏三联征的是 ( )。

A. 腹痛

B. 黄疸

C. 休克

D. 高热

【分析】 本题考查夏柯氏三联征的临床表现。

【答案】 C



## 反馈训练

## 一、选择题

1. 胆总管切开取石术后腹腔引流液呈“胆汁”样，应考虑（ ）。

A. 正常引流液

B. 低蛋白血症

- C. 胆瘘 D. 肠瘘
2. 坐位或站立时引流袋的位置应为 ( )。
- A. 不可高于腹部手术切口 B. 不可高于腋中线  
C. 不可高于腋前线 D. 不可高于腋后线
3. 胆道手术后, T 管一般留置的时间是 ( )。
- A. 5 天 B. 7 天 C. 14 天 D. 20 天
4. 胆道术后患者在 T 管拔管前, 下列护理措施必不可少的是 ( )。
- A. 无菌盐水冲洗 B. B 超  
C. 抗生素 D. 试验管夹管 1~2 天
5. 胆总管下端有阻塞时, T 管引出的胆汁为 ( )。
- A. 量过多 B. 量过少, 色深  
C. 浑浊 D. 量少而色淡
6. 胆总管引流术后, T 管引流胆汁过多常提示 ( )。
- A. 肝细胞分泌亢进 B. 胆管分流、胆汁过多  
C. 胆囊浓缩功能减退 D. 胆道下端梗阻
7. 胆总管探查及引流术适用于 ( )。
- A. 胆总管增粗、增厚 B. 有梗阻性黄疸史  
C. 胆管炎 D. 有慢性胰腺炎史
8. 患者, 男性。行胆总管切开取石、T 管引流术。术后第 3 天, 护士查房时发现 T 管无胆汁流出, 患者诉腹部胀痛。首先应 ( )。
- A. 用无菌生理盐水冲洗 T 管 B. 检查 T 管是否受压扭曲  
C. 用注射器抽吸 T 管 D. 继续观察, 暂不处理
9. 患者, 女性, 56 岁。右上腹刀割样绞痛、发热、黄疸间歇性反复发作。最可能的诊断是 ( )。
- A. 胰头癌 B. 急性传染性肝炎  
C. 肝癌 D. 胆总管结石
10. 患者, 女性, 45 岁。行胆总管切开取石、T 管引流术后, T 管引流液每天均在 2000mL 左右, 提示 ( )。
- A. 胆汁量过少 B. 胆汁量正常  
C. 胆管下端梗阻 D. 胆管上端梗阻
11. 患者, 女性, 35 岁。诊断为肝外胆管结石出现重度黄疸及皮肤瘙痒, 对皮肤的护理措施不恰当的是 ( )。
- A. 肥皂水擦洗皮肤 B. 遵医嘱用药  
C. 保持皮肤清洁 D. 防止皮肤损伤
12. 韩女士, 39 岁, 胆总管切开引流术后, T 形管引流 2 周, 拔管前先试行夹管 1~2 天, 应注意观察的内容是 ( )。
- A. 腹痛、发热、黄疸 B. 饮食情况  
C. 睡眠、体重 D. 神志、血压、脉搏
13. 女性, 43 岁, 行胆总管切开取石。T 形管引流术后 12 天, 体温正常, 无黄疸, 每天引流



透明黄色胆汁 50mL。病人下床活动时不慎将 T 形管脱出,处理应是( )。

- A. 做好术前准备
- B. 从瘘口插入 T 形管或设置引流管支持
- C. 半卧位,胃肠减压
- D. 观察病情,暂不做处理

14. 患者,男性,35 岁。在全麻下行胆总管切开取石、T 管引流术,腹腔放置引流管。术毕返回病房,神志清醒。体检示:脉搏 95 次/分,血压 125/170mmHg。腹腔引流液 100mL。回病房 1 小时后腹腔引流液为 210mL,呈血性,脉搏 110 次/分,血压 105/65mmHg。唇稍干燥。应重点观察的指标是( )。

- A. 患者体温
- B. 补液速度
- C. T 管引流量
- D. 腹腔引流量和色

15. 患者,男性,35 岁。在全麻下行胆总管切开取石、T 管引流术,腹腔放置引流管。术毕返回病房,神志清醒。体检示:脉搏 95 次/分,血压 125/170mmHg。腹腔引流液 100mL。回病房 1 小时后腹腔引流液为 210mL,呈血性,脉搏 110 次/分,血压 105/65mmHg。唇稍干燥。根据该患者的病情,应疑为( )。

- A. 胆道出血
- B. 腹腔内出血
- C. 胆瘘
- D. 呼吸困难

16. 患者,男性,35 岁。在全麻下行胆总管切开取石、T 管引流术,腹腔放置引流管。术毕返回病房,神志清醒。体检示:脉搏 95 次/分,血压 125/170mmHg。腹腔引流液 100mL。回病房 1 小时后腹腔引流液为 210mL,呈血性,脉搏 110 次/分,血压 105/65mmHg。唇稍干燥。此时应采取的护理措施是( )。

- A. 立即报告医师
- B. 记录引流量和色
- C. 监测体温变化
- D. 妥善固定引流管

17. 患者,男性,35 岁。在全麻下行胆总管切开取石、T 管引流术,腹腔放置引流管。术毕返回病房,神志清醒。体检示:脉搏 95 次/分,血压 125/170mmHg。腹腔引流液 100mL。回病房 1 小时后腹腔引流液为 210mL,呈血性,脉搏 110 次/分,血压 105/65mmHg。唇稍干燥。患者目前最主要的护理诊断或问题是( )。

- A. 疼痛
- B. 焦虑
- C. 活动无耐力
- D. 体液不足

18. 患者,女性,31 岁。行胆总管切开取石、T 管引流术,目前为术后第 10 天。T 管引流液:每日 200mL 左右。无腹胀、腹痛,手术切口已拆线。体检示:皮肤及巩膜黄疸逐渐消退,体温 36.5℃,脉搏 80 次/分,血压 105/60mmHg。根据患者术后时间及病情,可考虑( )。

- A. 拔除 T 管
- B. 带 T 管出院
- C. 继续保留 T 管 1 周
- D. 继续保留 T 管 2 周

19. 胆道手术拔除 T 管前应试行夹管( )。

- A. 2 小时
- B. 12 小时
- C. 2~3 天
- D. 4~5 天

20. 胆道手术,拔除 T 管后应重点观察有无( )。

- A. 肠瘘
- B. 胰瘘
- C. 胆瘘
- D. 胃瘘

21. 患者,男性,65 岁。诊断为胆道泥沙样结石,拟行胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术。白细胞计数  $115 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞比例 0.75。血清总胆红素  $162 \mu\text{mol/L}$ ,谷丙转氨酶  $215\text{U/L}$ ,凝血酶原时间 (PT) 80 秒。在抗感染的基础上,下列措施最有针对性的是( )。

- A. 应用白蛋白  
B. 补充电解质  
C. 注射维生素 K<sub>1</sub>  
D. 增加营养

22. 患者, 女性, 56 岁。小学文化, 诊断为胆囊结石, 拟在腹腔镜下行胆囊切除术。当患者得知手术方式后, 反复向病友和医务人员打听腹腔镜手术的相关情况。经过积极的术前准备, 顺利地完成了手术, 手术后出现腰背部、肩部疼痛。患者术前主要的护理诊断或问题是 ( )。

- A. 疼痛  
B. 知识缺乏  
C. 焦虑  
D. 体温过高

23. 胆道手术后, 腰背及肩部疼痛的原因是 ( )。

- A. 手术体位不良所致  
B. 腹腔镜损伤  
C. 麻醉后反应  
D. 二氧化碳产生的碳酸刺激

24. 患者就诊 6 小时后出现高热, 体温 39.5°C。腹痛加重为持续性剧痛, 并出现神志淡漠, 呼吸急促, 全身发生紫绀, 血压 80/50mmHg。此时最可能的原因是 ( )。

- A. 继发急性梗阻性化脓性胆管炎  
B. 胆囊穿孔继发腹膜炎  
C. 并发急性重症胰腺炎  
D. 并发败血症

25. 胆囊切除术患者手术治疗后放置 T 型引流管一根, 其目的主要是 ( )。

- A. 引流渗血、渗液  
B. 预防感染  
C. 观察胆总管压力  
D. 引流胆汁

26. 胆道手术后, 发现胆瘘的主要依据为 ( )。

- A. 腹膜刺激症状  
B. 急腹症表现  
C. 发热、腹痛、黄疸  
D. 腹腔引流管引出液的性质

27. 患者, 女性, 41 岁。胆囊结石病史 2 年。主诉晚餐后突然出现右上腹阵发性剧烈疼痛, 向右肩、背部放射。伴有腹胀、恶心、呕吐等症状。体检示: 体温 38.9°C, 脉搏 112 次/分钟, 血压 106/85mmHg。右上腹部有压痛、肌紧张、反跳痛。实验室检查: 白细胞计数  $10.5 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 0.79。导致该患者突然腹痛的原因是 ( )。

- A. 胆囊收缩, 结石排入十二指肠  
B. 结石阻塞胆管下端、引起急性胰腺炎  
C. 结石嵌顿于胆囊颈致胆囊强烈收缩  
D. 结石损伤胆囊粘膜

28. 该患者的体格检查可出现 ( )。

- A. Charcot 三联征  
B. Murphy 征阳性  
C. Reynolds 五联征  
D. MODS

29. 胆石症并感染的病人在非手术治疗期间, 减轻疼痛的护理措施不包括 ( )。

- A. 卧床休息  
B. 胃肠减压  
C. 消炎利胆  
D. 注射吗啡

30. 普查和诊断胆道疾病的首选检查方法是 ( )。

- A. X 线平片  
B. B 超  
C. CT  
D. MRI

31. 以下不是急性胆囊炎的特征的是 ( )。

- A. 可触及肿大胆囊  
B. 右上腹疼痛向右肩部放射  
C. Murphy 征阳性  
D. 黄疸明显

32. 形成胆红素结石的主要原因是 ( )。



A. 急性坏疽性胆囊炎

B. 胆总管结石

C. 胆道蛔虫症伴感染

D. 急性重症胆管炎

44. 患者, 男性, 36岁, 反复右上腹痛、寒战、黄疸5年, 此次发病后黄疸持续不退。体检示: 体温  $39.5^{\circ}\text{C}$ , 脉搏 122次/分钟, 血压 125/85mmHg。右上腹压痛, 肌紧张。实验室检查: 白细胞计数  $15.5 \times 10^9/\text{L}$ , 中性粒细胞比例 0.85。血清总胆红素  $132 \mu\text{mol/L}$ , 谷丙转氨酶 175U/L。B超提示肝外胆管扩张, 内有强光团伴声影。导致该患者腹痛的原因是( )。

A. 胆囊剧烈收缩

B. 结石梗阻致胆总管痉挛和压力增高

C. 结石直接损伤胆囊

D. 结石直接损伤胆总管

45. 患者, 男性, 41岁。反复上腹疼痛10余年。因症状加重伴皮肤、巩膜黄染、畏寒、发热2天入院。体检示: 神志淡漠, 体温  $39.5^{\circ}\text{C}$ , 脉搏 125次/分钟, 血压 80/50mmHg。上腹压痛, 肌紧张。实验室检查: 白细胞计数  $25 \times 10^9/\text{L}$ , 中性粒细胞比例 0.95。血清总胆红素  $209 \mu\text{mol/L}$ , 谷丙转氨酶 310U/L。B超提示肝外胆管扩张, 内有强光团伴声影。该患者目前最重要的护理诊断或问题是( )。

A. 组织灌注量改变

B. 体温过高

C. 营养失调

D. 知识缺乏

46. 对急性化脓性胆管炎拟行手术治疗。术前护理措施的关键在于( )。

A. 观察病情

B. 有效止痛

C. 肠道准备

D. 抗休克治疗

47. 引起急性化脓性胆管炎患者感染的最可能的病原菌为( )。

A. 金黄色葡萄球菌

B. 链球菌

C. 大肠杆菌

D. 胆管病毒

48. 有关胆道疾病的护理叙述错误的是( )。

A. 饮食应以低脂及富含蛋白质和维生素的食物为主

B. 患者若短期内腹痛缓解, 高热、黄疸逐渐消退, 即可出院休养, 无须进一步检查和治疗

C. 对肝功能明显受损的患者忌用吗啡、巴比妥类药物

D. 对静脉胆道造影的患者需做碘过敏试验

49. 下列疾病患者常出现症状与体征不相符的是( )。

A. 胆囊结石

B. 胆道结石

C. 胆道蛔虫病

D. 胆管癌

50. 胆道蛔虫病腹痛的特点是( )。

A. 阵发性腹部绞痛

B. 持续性腹部胀痛

C. 持续性绞痛伴阵发性加重

D. 阵发性钻顶样绞痛

51. 女性病人, 8岁, 阵发性剑突下钻顶样疼痛半天, 伴有恶心呕吐, 既往有类似的发病史, 查体体温  $37.5^{\circ}\text{C}$ , 剑突下深压痛, 无腹肌紧张, 拟诊为( )。

A. 肝内胆管结石

B. 胆道蛔虫病

C. 胆总管结石

D. 急性胆管炎

52. 患者, 男性, 21岁。因突发剑突下钻顶样剧烈疼痛而入院。自诉疼痛呈间歇性, 发作时疼痛剧烈, 辗转不安, 大汗淋漓, 可突然自行缓解, 缓解期无任何症状。体检示: 剑突下有轻度深痛。白细胞计数  $11.5 \times 10^9/\text{L}$ 。根据该患者的临床表现, 应考虑为( )。

A. 急性胆囊炎

B. 急性胆管炎

C. 胆道蛔虫症

D. 胆囊穿孔

53. 为明确诊断胆道蛔虫症, 应首选的检查是( )。

- A. X 线腹部平片    B. CT    C. B 超    D. MRI
54. 胆道蛔虫症患者血常规检查可见 (    )。
- A. 嗜碱性粒细胞比例升高    B. 嗜酸性粒细胞比例升高  
C. 中性粒细胞比例升高    D. 淋巴细胞升高
55. 对胆道蛔虫症应采取的处理方案是 (    )。
- A. 急诊手术    B. 择期手术  
C. ERCP 术    D. 非手术治疗
56. 急性胆囊炎最常见的致病菌为 (    )。
- A. 大肠杆菌    B. 肠球菌    C. 绿脓杆菌    D. 溶血性链球菌

## 二、简答题

1. 简述急性胆囊炎的临床表现。
2. 简述 Reynolds 五联征的临床表现。
3. 对急性胆囊炎病人的护理要点有哪些？
4. T 管引流如何护理？
5. 胆道疾病病人有哪些护理诊断/问题？
6. 如何对胆石病病人进行健康教育？

## 三、视图题

1. 请在图 3-8 中画出胆囊点，并用文字描述具体位置。胆囊点压痛有何临床意义？

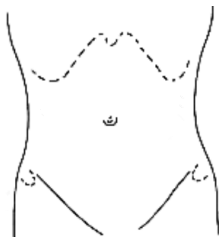


图 3-8 第 1 题图

2. 图 3-9 是胆道疾病手术后放置 T 型管引流。其目的有哪些？



图 3-9 第 2 题图

## 四、综合分析题

孙先生，60 岁。因剧烈腹痛 2 日，伴畏寒发热、巩膜黄染入院。发病前一日进食油腻食物后感右上腹不适，数小时后发展为剧痛，并向右肩部放射；恶心呕吐，畏寒发热，尿呈浓茶色，巩膜发黄。作为值班护士，

- (1) 考虑初步的临床诊断。
- (2) 对该病人评估应该收集哪些方面的资料？
- (3) 健康教育要点。

## 第九节 痔病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握痔的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解痔的发病机制、护理诊断、治疗要点。
3. 了解痔的概念分类。



### 知识梳理

#### 一、概述

##### (一) 概念

痔是直肠下端粘膜和肛管皮肤下的静脉丛淤血、扩张和屈曲所形成的静脉团块。是最常见的肛肠疾病，任何年龄都可发病，但随年龄增长，发病率增高。齿状线以上肛垫的支持结构、静脉丛及动静脉吻合支发生病理性改变或移位为内痔。齿状线以下远侧皮下静脉丛的病理性扩张或血栓形成外痔。内痔通过丰富的静脉丛吻合支和相应部位的外痔相互融合为混合痔。

##### (二) 病因与发病机制

病因尚未完全明确，可能与多种因素有关，目前主要有以下学说。

(1) 肛垫下移学说：认为在肛管的粘膜下有一层特殊的组织，在胎儿时形成，位于肛管的左侧、右前、右后3个区域，突向肛管内，由静脉（或称静脉窦）、平滑肌、弹性组织和结缔组织组成，称为肛管血管垫，简称肛垫。起闭合肛管、节制排便作用。正常情况下，肛垫疏松地附着在肛管肌壁上，排便时主要受到向下的压力被推向下，排便后借其自身的收缩作用，缩回到肛管内。弹性回缩作用减弱后，肛垫则充血、下移形成痔。

(2) 静脉曲张学说：认为痔的形成主要由静脉扩张淤血所致。从解剖上讲，门静脉系统及其分支直肠静脉都无静脉瓣；直肠上下静脉丛管壁薄、位置浅；末端直肠粘膜下组织松弛，以上因素都容易出现血液淤积和静脉扩张。静脉丛是形成肛垫的主要结构，痔的形成与静脉丛的病理性扩张、血栓形成有必然的联系。直肠肛管位于腹腔最下部，可引起直肠静脉回流受阻的因素很多，如长期的坐立、便秘、妊娠、前列腺肥大、盆腔巨大肿瘤等，发生血液回流障碍的直肠静脉淤血扩张形成痔。

(3) 长期饮酒和进食大量刺激性食物可使局部充血，食物中含纤维素过低、营养不良可使局部组织萎缩无力等因素，导致直肠下端粘膜和肛管皮肤下的静脉丛淤血、扩张。

(4) 肛周感染（肛窦、肛腺慢性感染、肛裂、肛周脓肿等），病人常有肛门瘙痒、疼痛、分泌

物增加,可引起直肠上下静脉周围炎,使静脉失去弹性而扩张,可诱发痔的发生。

## 二、健康评估

### (一) 健康史

(1) 病人是否有肛门瘙痒、疼痛、分泌物等表现。是否有肛窦、肛腺慢性感染史。

(2) 是否有长期饮酒和进食大量刺激性食物史。

(3) 是否有长期使腹内压增高的病史或职业因素,如长期坐与立、便秘、妊娠、前列腺肥大、盆腔巨大肿瘤等,导致直肠静脉丛血液回流障碍。

### (二) 分类

#### 1. 内痔

(1) 表现:内痔的主要临床表现是出血和脱出。无痛性间歇便后出鲜血是内痔的常见症状。未发生血栓、嵌顿、感染时单纯性内痔无疼痛,部分病人可伴有排便困难,内痔的好发部位为截石位3、7、11点。内痔位于齿状线上方,由直肠上静脉丛(属门静脉系统,无静脉瓣,位于门静脉系的最低处,静脉回流困难)扩张迂曲而成。

(2) 内痔的分期。 期:便时带血、滴血或喷射状出血,便后出血可自行停止,无痔脱出;

期:常有便血,排便时有痔脱出,便后可自行还纳; 期:偶有便血,排便或久站、咳嗽、劳累、负重时痔脱出,需用手还纳; 期:偶有便血,痔脱出不能还纳或还纳后又脱出。内痔的分期如表3-6所示。

表 3-6 内痔的分期

分期	身体状况
I 期	便时出血或便后滴血,无痔核脱出、疼痛
期	便时出血,量大甚至喷射而出,便时痔核脱出,便后自行回纳
期	出血量可能减少,腹内压增高时痔核即可脱出,不能自行回纳,继发感染时可有疼痛,痔核嵌顿于肛门外侧疼痛较剧
期	偶有便血,痔脱出不能还纳或还纳后又脱出

#### 2. 外痔

外痔的主要临床表现是肛门不适、潮湿不洁,有时有瘙痒。如发生血栓形成及皮下血肿则有剧痛。血栓性外痔最常见。结缔组织外痔(皮垂)及炎性外痔也较为常见。外痔位于齿状线下方,由直肠下静脉丛扩张、迂曲而成,表面覆盖肛管皮肤。

#### 3. 混合痔

混合痔是同一部位的直肠上、下静脉丛扩张、迂曲、融合而形成的痔,表现为内痔和外痔的症状可同时存在。内痔发展到 期以上时多形成混合痔。混合痔逐渐加重,呈环状脱出肛门外,脱出的痔块在肛周呈梅花状时,称为环状痔。脱出痔块若被痉挛的括约肌嵌顿,以致水肿、淤血甚至坏死,临床上称为嵌顿性痔或绞窄性痔。

### (三) 心理—社会状况

病程迁延时间长,反复发作,给病人生活和工作带来痛苦和不适,产生焦虑和恐惧心理。

### 三、辅助检查

#### 1. 肛门直肠检查

(1) 检查体位。左侧卧位：适用于年老体弱或重病病人。**膝胸位：最常用**，对乙状结肠镜检查最方便。但因不舒适和易疲劳，多用于一般病人**短时间检查**，年老体弱者不适用。截石位：适用于肛门手术。蹲位：适用于检查内痔、直肠脱垂等。

(2) 禁忌症：肛裂病人不适于直肠指检。患肛门狭窄、肛周急性感染、肛裂的病人及妇女月经期，暂不做内镜检查。

(3) 结果记录：采用时钟定位法记录病变部位，但应注明为何种体位。首先做肛门视诊，内痔除Ⅲ期外，其他Ⅰ、Ⅱ期都可在肛门视诊下见到。**血栓性外痔表现为肛周暗紫色长条圆形肿物**，表面皮肤水肿、质硬、压痛明显，为暗红色圆形柔软的血管团。对有脱垂者，最好在蹲位排便后立即观察，可清晰见到痔块大小、数目及部位。直肠指检虽对痔诊断意义不大，但可了解直肠内有无其他病变，如直肠癌、直肠息肉等。

#### 2. 肛门镜检查

肛门镜检查不仅可见到痔块的情况，还可观察到直肠粘膜有无充血、水肿、溃疡、肿块等。

### 四、治疗要点

#### 1. 治疗原则

应遵循3个原则：无症状的痔无须治疗；有症状的痔重在减轻、消除症状，而非根治；以保守治疗为主。

#### 2. 一般治疗

在痔的初期和无症状静止期的痔，只需增加纤维性食物，改变不良的大便习惯，保持大便通畅，防止便秘和腹泻。热水坐浴可改善局部血液循环。肛管内注入油剂和栓剂，有润滑和收敛作用，可减轻局部的瘙痒和不适症状。血栓性外痔有时经局部热敷，外敷消炎止痛药后，疼痛可缓解不需要手术。嵌顿痔初期也可采用一般治疗，用手轻轻将脱出痔块推回肛门内，阻止再脱出。

#### 3. 注射疗法

治疗Ⅰ、Ⅱ期出血性内痔的效果较好。注射硬化剂的作用是使痔和痔块周围产生无菌性炎症反应，粘膜下组织纤维化，痔使痔块萎缩。注射方法为肛周局麻下使肛门括约肌松弛，插入肛门镜，观察痔核部位，主要和齿状线上直肠壁左侧、右前和右后，向痔核上方处粘膜下层内注入硬化剂2~3mL，注射后轻轻按摩注射部位。避免将硬化剂注入到粘膜层，以免导致粘膜坏死。当硬化剂注入粘膜层时，粘膜立即变白应将针进一步插深，但应避免进入肌层，回抽无血后注入硬化剂。如果一次注射效果不够理想，可在1个月重复一次。如果痔块较多，也可分2~3次注射。

#### 4. 红外线凝固疗法

适用于Ⅰ、Ⅱ期内痔。作用与注射疗法相似，通过红外线照射，使痔块发生纤维增生，硬化萎缩。但复发率高，目前临床上应用不多。

#### 5. 胶圈套扎疗法

可用于治疗Ⅰ、Ⅱ期内痔。原理是将特制的胶圈套入到内痔的根部，利用胶圈的弹性阻断痔的血运，使痔缺血、坏死、脱落而愈合。

#### 6. 手术疗法

(1) 痔单纯切除术：可用于Ⅰ、Ⅱ期内痔和混合痔的治疗。



(2) 吻合器痔上粘膜环切术：主要适用于Ⅰ、Ⅱ期内痔、环状痔和部分Ⅲ期内痔。其方法是环行切除齿状线上2cm以上的直肠粘膜2~3cm，使下移的肛垫上移固定。

(3) 血栓外痔剥离术：用于治疗血栓性外痔。在局麻下将痔表面的皮肤梭形切除，摘除血栓，伤口内填入油纱布，不缝合创面。

痔的治疗方法很多，由于非手术治疗对大部分痔的治疗效果良好，注射疗法和胶圈套扎疗法成为痔的主要治疗方法。手术治疗只限于保守治疗失败或不适宜保守治疗的病人。

## 五、护理诊断与合作性问题

(1) 疼痛：与血栓形成、痔块嵌顿、术后疼痛有关。

(2) 便秘：与惧怕疼痛、不良饮食、排便习惯有关。

(3) 尿潴留：与直肠肛周感染、骶麻后抑制排尿反射、切口疼痛、肛管内敷料填塞过多压迫尿道有关。

(4) 有感染的危险：与手术及粪便的污染有关。

(5) 潜在并发症：贫血，术后创口出血、感染、大小便失禁、肛门狭窄等。

## 六、护理措施

加强对病人的护理，使其疼痛与不适减轻；排便保持通畅；感染与损伤、出血等并发症能及时发现和处理。同时与病人及家属的沟通，使其能叙述直肠肛管疾病的相关知识。

### (一) 手术前护理

(1) 思想方面：调整好精神状态，解除一切顾虑，消除紧张情绪，确立战胜疾病的信念。护理人员应与患者建立互相信任的关系，介绍有关疼痛的知识，消除患者的压力源，指导分散注意力，痔疮患者的心理护理十分重要，向患者介绍一些镇痛知识，使其对术后疼痛有充分的心理准备。

(2) 饮食、生活方面的准备：不需禁食者，手术前3天可保持正常的生活与饮食，不要吸烟喝酒，不吃辛辣刺激性食物，并注意适当休息，保持充足的睡眠。手术前1天进流质饮食，手术当天早晨禁食。

(3) 身体方面的准备：做好术前检查和其他有关检查，以排除手术禁忌症。积极治疗有可能影响手术正常进行和术后恢复的复原疾病，如严重贫血、血小板减少、高血压、腹泻等。预防感冒，保持良好的身体状态。成年女性必须待月经干净后才能手术。有习惯性便秘者，手术前应调整好排便，以免因手术后排便困难而增加痛苦。

(4) 肠道准备：痔病人行灌肠时肛管应轻轻插入，以防擦伤粘膜，引起痔出血。手术前采用清洁灌肠方法或通过自行排便方法，排空大便，必要时手术当天早晨清洁灌肠，减少肠道内粪便。

(5) 皮肤准备：做好手术野皮肤准备，保持肛门皮肤清洁。由医师或护士帮助剃净肛门周围的体毛，用肥皂水洗净肛门部位。

(6) 用药准备：肛门直肠疾病手术前一般不需使用抗生素等药物，但有些手术需从手术前3天开始适当使用抗生素。有高血压等疾病的患者需服降血压药继续治疗，患有感染性疾病时需继续使用必要的抗生素。

(7) 其他准备：准备几件宽松的内裤和较大的、可用于坐浴清洗肛门的坐盆，以及清洗肛门用的柔软的毛巾或纱布（可用旧毛巾或拆开后的消毒口罩）、柔软的卫生纸等，以备手术后使用。

肛门坐浴治疗。口服缓泻剂或石蜡油润肠通便。扩肛术治疗,即局麻后,润滑双手示指,轻轻插入肛门向两侧扩张,保持5分钟,以解除括约肌痉挛,缓解疼痛;同时扩大了伤口,促进愈合。但复发率高,且可并发出血、肛周脓肿。

## (二) 手术后护理

(1) 饮食:直肠肛管疾病手术后一般不严格限制饮食,手术后第1天进流质饮食,2~3天内少渣饮食。

(2) 体位:卧位、平卧位或侧卧位,臀部垫气圈,以防伤口受压引起疼痛。

(3) 病情观察。

应注意敷料染血情况,以及血压、脉搏变化。**术后出血是最常见的并发症。**有时出血积聚在直肠内可达数百毫升,病人有面色苍白、出冷汗、头昏、心慌、脉细速等内出血的表现,并有肛门坠胀痛和急迫排便感。如有出血征象,应及时通知医生,并根据病情备好消毒凡士林纱布,以填塞直肠肛管,达到压迫止血作用,同时做好输血准备。

大便时可排除大量鲜血和血块,严重者发生失血性休克。对门诊术后病人要做好留观,对住院病人应加强巡视,观察伤口敷料有无渗血,定时监测血压、脉搏。如有内出血的表现,应立即静脉快速输液,同时报告医生做出处理。随后,应注意观察有无肛门失禁、切口感染等其他并发症。

(4) 减轻疼痛:肛门对痛觉非常敏感,加上有止血纱条的压迫,术后病人常有疼痛,可按医嘱给予止痛剂。

(5) 保持大便通畅:直肠肛管手术后**一般不控制排便**,但要保持大便通畅,并告诉病人有便意时尽快排便。**痔手术后2~3天可服阿片酊,以适当减少肠蠕动、有控制排便的作用,手术后3天内通过饮食管理等尽量不解大便**,以保证手术切口良好愈合。直肠肛管手术后,一般在**7~10日内不灌肠**。

(6) 换药与肛门坐浴:直肠肛管手术后应保持局部清洁,肛门伤口要每天换药。伤口在排便后更换敷料,因排便时伤口易被粪便污染,便后即温水坐浴,指导病人用**0.05%高锰酸钾溶液3000mL坐浴,温度为40~43℃**,每日2~3次,每次20分钟。坐浴后再更换新的敷料。

(7) 并发症的护理。

尿潴留:手术后24小时应注意有无尿潴留的发生,若发生急性尿潴留,常可采用诱导排尿法或针刺等方法,适当使用止痛剂。在排除出血的情况下,可做局部热敷,起床排尿或拔除肛内填塞的敷料,都可缓解括约肌痉挛而有利排尿,在多种方法都不能解除尿潴留时才考虑导尿。

局部皮肤糜烂:手术如切断肛门直肠环,可造成肛门失禁,病人粪便无法控制,粪便外流可造成局部皮肤糜烂,应采用坐浴以保持肛周皮肤清洁、干燥。为减少刺激可在局部皮肤涂氧化锌软膏。

## 七、健康指导

### (一) 预防便秘

指导病人多吃富含纤维素的蔬菜、水果,鼓励多喝水;养成每日定时排便习惯,纠正排便时看书看报等使排便时间过长的不良习惯;告知习惯性便秘者,轻症可每日服用适量蜂蜜,重症可用缓泻剂,如液状石蜡、酚酞等药物;粪便过于干结有排便困难者,应及时灌肠通便。选择正确治疗便秘的方法。对于一般的便秘病人,可以采用合理调配饮食,养成定时排便的习惯加以纠正。对于顽固性便秘或由于某种疾病引起的便秘,应尽早到医院诊治,切不可长期服用泻药或长期灌

肠。因长期服用泻药不仅可以使直肠血管充血扩张,还可以导致胃肠功能紊乱。长期灌肠,会使直肠粘膜感觉迟钝,排便反射迟钝,加重便秘,反而有利于痔疮的发生。

## (二) 指导病人坚持保健活动

对长期站立或坐位工作的人,指导其坚持做保健操和肛门括约肌的舒缩活动,以促进盆腔静脉回流,促进肠蠕动和肛门括约肌功能。具体锻炼方法:可取站、卧、坐、躺等任意姿势;做肛门舒缩活动,产生盆底肌上提的感觉;在收缩肛门时,大腿及腹部肌肉放松。每次肛门收缩时,持续收紧肛门3秒以上,然后放松;连续活动10~15分钟;每日锻炼3~4次,坚持数日便有疗效。

## (三) 保持肛门周围清洁

肛门、直肠、乙状结肠是贮存和排泄粪便的地方,粪便中含有许多细菌,肛门周围很容易受到这些细菌的污染,诱发肛门周围汗腺、皮脂腺感染,而生疮疖、脓肿。女性阴道与肛门相邻,阴道分泌物较多,可刺激肛门皮肤,诱发痔疮。因此,应经常保持肛门周围的清洁,每日温水熏洗,勤换内裤,可起到预防痔疮的作用。

## (四) 去除病因、诱因

注意孕期保健(怀孕期间应适当增加活动。避免久站、久坐,并注意保持大便的通畅,每次大便后用温水熏洗肛门局部,改善肛门局部血液循环)。其他腹压增高,可以使痔静脉回流受阻,引起痔疮。临床上引起腹压增高的疾病很多,如腹腔肿瘤压迫腹腔内血管,可以使痔静脉回流受阻,引起痔疮。肝硬变引起的门静脉高压症,可致肛门直肠血管扩张,而引起痔疮,此时应首先治疗肝硬变。不应急于治疗痔疮,因为肝硬变缓解后痔疮症状是可以改善的。

## (五) 坚持治疗与随访

痔是慢性病,应及时治疗、耐心治疗,定期复查,如有不适及时随诊。



## 高考链接

(2015年高考题)痔的本质是( )。

A. 息肉团块

B. 迂曲、扩张的静脉

C. 直肠粘膜脱垂

D. 肠粘膜上皮的不典型增生

【分析】本题考查痔的概念。

【答案】B



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 由直肠上下静脉丛相互吻合扩张、迂曲形成( )。

A. 内痔

B. 外痔

C. 前哨痔

D. 混合痔

2. 内痔的截石位好发部位不包括( )。

A. 3点处

B. 5点处

C. 7点处

D. 11点处

3. 血栓性外痔的主要临床表现为( )。

A. 脓血便

B. 柏油样便

C. 果酱样便

D. 剧烈疼痛

4. 内痔的早期症状为( )。

A. 痔核脱出

B. 大便出血

C. 大便疼痛

D. 里急后重

5. 混合痔是指( )。
- A. 同时存在内痔和外痔                      B. 两个以上内痔  
C. 两个以上外痔                      D. 齿状线上、下静脉丛互相吻合而成
6. 关于血栓性外痔, 以下说法错误的是( )。
- A. 48 小时内肛门疼痛最为剧烈              B. 腹内压增高时可加剧疼痛  
C. 先行热敷, 再行手术治疗              D. 疼痛一般不能自行缓解
7. 一般患者短时间肛门直肠检查最常用的体位是( )。
- A. 左侧卧位              B. 俯卧位              C. 膝胸卧位              D. 截石位
8. 关于肛门坐浴的作用, 下列说法错误的是( )。
- A. 能增进局部血运                      B. 有止血作用  
C. 缓解肛门括约肌痉挛                      D. 促进炎症愈合
9. 痔切除术后最常见的并发症是( )。
- A. 伤口感染              B. 术后出血              C. 肛门失禁              D. 肛痿形成
10. 患者排便或久站、咳嗽、劳累、负重时痔核脱出, 需用手还纳, 该患者为( )。
- A. 期内痔              B. 期内痔              C. 期内痔              D. 期内痔
11. 内痔的早期症状为( )。
- A. 痔核脱出              B. 无痛性大便出血              C. 大便疼痛              D. 里急后重
12. 男性, 40 岁, 排便后肛门处剧烈疼痛。于肛门口见一椭圆形肿块, 有明显触痛, 应首先考虑为( )。
- A. 直肠息肉脱出                      B. 血栓性外痔  
C. 前哨痔                      D. 内痔脱出嵌顿
13. 女性, 30 岁, 近 3 个月经常排便后滴少量鲜血。肛门指检无异常发现, 肛门镜检查截石位见 3、6 点各有一突于肛管内的暗红色圆形软结节, 考虑该病人为( )。
- A. 期内痔              B. 期内痔              C. 期内痔              D. 期内痔
14. 男性, 27 岁, 用力排便后肛门剧烈疼痛, 伴滴少量鲜血。肛门检查: 截石位 6 点位见一暗红色柔软团状物。以下对该病人的护理中错误的是( )。
- A. 便后用 1:5000 高锰酸钾温水坐浴              B. 可行扩肛疗法  
C. 嘱病人多喝水和进粗纤维食物              D. 行直肠指检以明确诊断
15. 患者 3 小时前排便后出现肛门剧痛, 局部有肿物突出, 无便血。检查见体温正常, 肛门缘有一直径约 1cm 的肿物, 呈暗紫色, 外表皮肤光滑, 边界清楚, 稍硬, 触痛, 最可能诊为( )。
- A. 肛裂              B. 肛旁皮下脓肿              C. 外痔血栓形成              D. 内痔脱出
16. 男, 49 岁, 6 年前出现排便时出血, 多为便纸上带血, 时有鲜血附于粪便表现, 无局部疼痛, 无肿块脱出, 往往于进食辛辣食物、大便硬结时发作和症状加重。体检: 截石位, 在齿状线上 1cm 约 7 点处触及柔软团状肿块, 无触痛, 指套退出无染血。引起该病人便血的原因首选( )。
- A. 期内痔              B. 期内痔              C. 期内痔              D. 期内痔
17. 对于 期内痔病人的处理方案中错误的是( )。
- A. 鼓励病人多喝水, 增加膳食中纤维含量  
B. 注射硬化剂

C. 便后用 1 : 5000 高锰酸钾温水坐浴

D. 痔切除术

18. 对于 期内痔病人的护理, 以下说法不妥的是 ( )。

A. 嘱病人多吃粗粮

B. 服用泻药助排便

C. 养成定时排便习惯

D. 避免久站、久坐、久蹲

19. 男, 35 岁, 4 年多前出现鲜血便, 常见便纸上有血迹, 有时有鲜血覆盖于大便表面, 并伴肛门肿块脱出, 平卧时可自行回纳。1 个月前出现排便时及便后肛门口剧痛, 便后鲜血滴出, 疼痛可持续数小时。该病人患 ( )。

A. 期内痔

B. 期内痔

C. 期内痔

D. 期内痔

20. 男, 35 岁, 4 年多前出现鲜血便, 常见便纸上有血迹, 有时有鲜血覆盖于大便表面, 并伴肛门肿块脱出, 平卧时可自行回纳。1 个月前出现排便时及便后肛门口剧痛, 便后鲜血滴出, 疼痛可持续数小时。引起肛门口剧痛的原因最可能是 ( )。

A. 肛裂

B. 内痔脱出嵌顿

C. 血栓性外痔

D. 内痔并发感染

21. 男, 35 岁, 4 年多前出现鲜血便, 常见便纸上有血迹, 有时有鲜血覆盖于大便表面, 并伴肛门肿块脱出, 平卧时可自行回纳。1 个月前出现排便时及便后肛门口剧痛, 便后鲜血滴出, 疼痛可持续数小时。关于该病人的处理, 以下说法错误的是 ( )。

A. 口服缓泻剂或液体石蜡以保持大便通畅

B. 行直肠指诊以协助诊断

C. 便后用 1 : 5000 高锰酸钾温水坐浴

D. 可行扩肛疗法

22. 对内痔合并肛裂病人术后应少摄入 ( )。

A. 水

B. 香蕉

C. 辣椒

D. 菠菜

23. 患者, 男性, 45 岁。反复出现排便后疼痛、肛门局部瘙痒 4 年余。昨日突发便后肛门剧烈疼痛, 咳嗽及排便时加剧。体检见肛门口一紫红色肿块, 直径约 2cm, 有触痛。该患者出现便后肛门剧痛的原因是 ( )。

A. 直肠息肉脱出

B. 内痔脱出嵌顿

C. 血栓性外痔

D. 内痔并发感染

24. 对血栓性外痔以下处理方案最佳的是 ( )。

A. 口服缓泻剂

B. 注射硬化剂

C. 便后用 1 : 5000 高锰酸钾温水坐浴

D. 局部热敷后, 疼痛不缓解可行血栓外痔剥离术

25. 血栓性外痔行手术, 术后护理应注意 ( )。

A. 术后当天即应尽早下床活动

B. 术后 24 小时内, 每 4~6 小时嘱患者排尿 1 次

C. 术后进普食, 同时增加膳食纤维, 预防便秘

D. 术后有便秘者应及时灌肠处理

## 二、简答题

1. 简述内痔的分期临床表现。

2. 简述痔的分类。

## 三、视图题

1. 观看图 3-10 标志：(1) 内痔的好发部位；(2) 痔的分类。

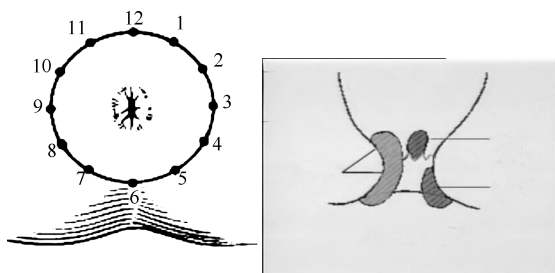


图 3-10 第 1 题图

2. 描述图 3-11 中的直肠指检的体位。

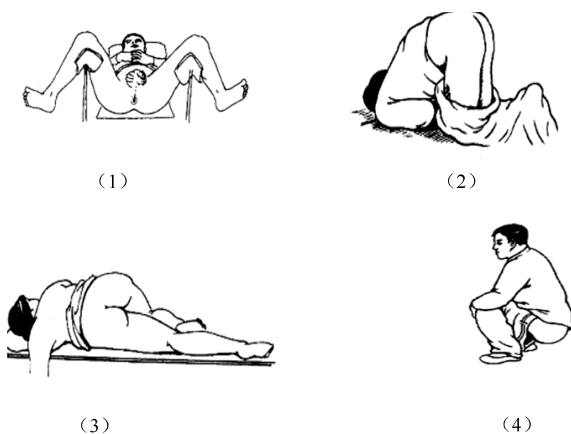


图 3-11 直肠指检的体位

## 四、综合分析题

患者男，43 岁，司机，便后肛门滴鲜红色血 3 天，伴大便稍结，肛门不适，便后有肿物脱出但能自行回纳。一向体健。肛查肛管直肠内未及肿块，肛镜可见 KC 位 3、7、11 点处粘膜跨齿线隆起并充血少许糜烂。

(1) 临床诊断是什么？

(2) 有哪些护理问题？

(3) 如何指导病人的术前饮食准备？

## 第十节 小儿腹泻病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握小儿腹泻的主要病因、护理评估及护理措施。
2. 理解小儿腹泻的发病机制、护理诊断、治疗要点。
3. 了解概念分类。



### 知识梳理

小儿腹泻，是由多种病原、多因素引起的以腹泻（大便次数增多和性状改变）和脱水、酸碱失衡、电解质紊乱为主的一组临床综合征。6~24个月婴幼儿发病率高，其中1岁以下者约占50%。一年四季均可发病，但夏秋季发病率最高。小儿腹泻造成小儿营养不良、生长发育障碍、死亡的主要原因之一。

#### 一、病因

##### （一）易感因素（内因）

（1）消化系统特点：小儿消化系统发育不良，胃酸和消化酶分泌不足及对营养物质的需求相对较多，因此，在受到不良因素影响时，易引起消化道功能紊乱。

（2）机体防御功能较差：血液中免疫球蛋白、胃肠道SIgA及胃内酸度均较低，对感染的防御能力差。正常菌群尚未完全建立，缺乏对致病微生物的拮抗；滥用抗生素等均易导致肠道感染。

（3）人工喂养者由于不能从母乳中得到SIgA等某些成分，加上食物、食具易被污染，加工过程各种免疫物质遭到破坏等因素，其发病率明显高于母乳喂养者。

##### （二）感染因素（外因）

（1）肠道内感染：可由病毒、细菌、真菌、寄生虫引起。尤其以病毒、细菌为多见。 病毒：80%轮状病毒（引起的秋冬季小儿腹泻最为常见原因）、肠道病毒。 细菌：大肠杆菌（致病性、产毒性、侵袭性、出血性）、其他（空肠弯曲菌、耶尔森、沙门菌、金葡菌）。 真菌和原虫：白色念珠菌、贾第虫、隐孢子虫。

（2）肠道外感染：由于发热及病原体毒素作用使消化功能紊乱，故当患中耳炎、肺炎、上呼吸道感染、泌尿道、皮肤感染或急性传染病等，可伴有腹泻。肠道外感染的病原体（主要是病毒）有时可同时感染肠道。发热及毒素 消化功能紊乱、肠蠕动增加。

（3）抗生素相关性腹泻：肠道菌群失调、金葡菌、真菌。

##### （三）非感染因素

喂养的时间、食物的性质、量及气候突然改变等因素均可引起腹泻。

#### 二、发病机制

##### （一）感染性腹泻

大多数病原微生物通过食入污染的水、食物或通过污染的手传播而进入消化道。当机体的防

御功能下降、大量的微生物侵袭并产生毒力时可引起腹泻。例如，**轮状病毒**侵入肠道后，使小肠**绒毛细胞受损**，小肠粘膜回收水、**电解质能力下降**引起腹泻；同时，继发的双糖酶分泌不足，使肠腔内的糖类消化不完全并被肠道内细菌分解，使**肠液的渗透压增高**，进一步造成水和电解质的丧失，加重腹泻，出现**水样便**。细菌感染所致腹泻包括肠毒性肠炎（毒素抑制肠粘膜重吸收，出现水样便）、侵袭性肠炎（肠粘膜渗出、溃疡，引起粘液脓血便）。而致病性大肠埃希菌不产生肠毒素及侵袭力，发病机制尚不清楚。

## （二）非感染性腹泻

**非感染性腹泻**主要是由**饮食不当**引起的，以人工喂养的患儿为主。当摄入食物的量、质突然改变超过消化道的承受能力时，食物不能被充分消化吸收而堆积于小肠上部，使局部酸度减低，肠道下部细菌上移和繁殖，造成内源性感染和消化功能紊乱，肠蠕动增加，引起腹泻及水、电解质紊乱。

总之腹泻的机理如下。

- （1）渗透性腹泻：肠内高渗状态（乳糖不耐受）。
- （2）分泌性腹泻：肠液分泌增加（霍乱）。
- （3）渗出性腹泻：肠炎症渗出性（侵袭性细菌感染）。
- （4）动力性腹泻：胃肠蠕动增加（肠易激综合征）。

## 三、护理评估

### （一）分类

- （1）按病程：急性腹泻 < 2 周；迁延性腹泻 2 周 ~ 2 月；慢性腹泻 > 2 月。
- （2）按病情：轻型腹泻、重型腹泻

### （二）腹泻相似的临床表现

#### 1. 轻型腹泻

轻型腹泻多为饮食因素或肠道外感染引起。主要表现为食欲不振、腹泻，偶有恶心或呕吐。一般无全身症状。一天大便可达 10 次左右，每次大便量少、呈黄色或黄绿色，粪质不多，水分略多时大便呈“蛋花汤”样。大便镜检可见大量脂肪球和少量白细胞。

#### 2. 重型腹泻

重型腹泻多为肠道内感染所致。起病较急，除食欲不振、腹泻呕吐等较重胃肠道症状外，还有**脱水、电解质紊乱**及发热等明显的全身症状。不同程度脱水的临床表现及分度如表 3-7 所示，脱水性质判断如表 3-8 所示，不同性质脱水的临床表现如表 3-9 所示。

表 3-7 不同程度脱水的临床表现及分度

表现	轻	中	重
失水量（占体重%）	3 ~ 5	5 ~ 10	>10
精神状态	稍差	萎靡/烦躁	嗜睡 ~ 昏迷
皮肤弹性	尚可	差	极差
粘膜	稍干燥	干燥	明显干燥
前囟、眼窝	稍有凹陷	凹陷	明显凹陷
肢端	尚温暖	稍凉	凉/发绀
尿量	稍少	明显减少	无尿
脉搏	正常增快	明显增快	增快且弱
血压	正常	正常/稍降	降低、休克



表 3-8 脱水性质判断 (根据血清钠及血浆渗透压水平评估)

项目	等渗脱水	低渗脱水	高渗脱水
血钠/(mEq/L)	130~150	<130	>150
皮肤颜色	发灰花纹	发灰花纹更明显	发灰有/无
皮肤温度	凉	冰凉	凉或热
皮肤弹性	差	极差	尚可
皮肤湿度	干	湿而粘	极干
粘膜	干	稍湿	干焦, 极度口渴
眼眶及前囟	凹陷	凹陷	凹陷
神志	嗜睡	昏迷	易激惹
脉搏	快	快	稍快
血压	正常或低	很低	正常或稍低

表 3-9 不同性质脱水的临床表现

脱水性质	血清钠水平/(mmol/L)	发生频率/%	主要受影响部位	主要症状
低渗性脱水	<130	20~50	细胞外	口渴明显, 循环障碍更突出
等渗性脱水	130~150	40~80	细胞内外	重者有循环障碍
高渗性脱水	>150	1~12	细胞内	烦渴、高热、烦躁、肌张力增高等

### 1) 胃肠道症状

食欲低下, 常伴有呕吐, 严重者可吐咖啡样液体。腹泻频繁, 每天 10 次至数十次。大便呈黄绿色水样、量多, 可有少量粘液。大便镜检可见脂肪球及少量白细胞。

### 2) 水、电解质和酸碱平衡紊乱症状

(1) 脱水: 由于吐泻丢失体液和摄入量的不足, 导致不同程度脱水 (参阅第五章第三节), 由于腹泻时水和电解质两者丧失的比例不同, 而引起体液渗透压的变化, 即造成等渗、低渗或高渗性脱水。临床上以等渗性脱水最常见。等渗性脱水未纠正容易成高渗性脱水。

(2) 代谢性酸中毒。由于腹泻丢失大量碱性物质, 摄入热量不足引起酮血症; 血容量减少, 血液浓缩血流缓慢, 使组织灌注不良、缺氧和乳酸堆积; 肾血流不足、尿少、酸性产物潴留等, 因此, 腹泻时, 绝大多数患儿都存在代谢性酸中毒, 脱水越重, 酸中毒越重。

### (3) 低血钾。

原因: 由于腹泻、呕吐丢失大量钾及钾摄入不足, 中、重度脱水患儿都有不同程度缺钾。但在纠正脱水酸中毒前, 由于血液浓缩、酸中毒时细胞内钾向细胞外转移及尿少致排钾量减少等原因, 虽体内钾总量减少, 但血钾多数正常。当输入不含钾的溶液时, 随着血液被稀释、酸中毒被纠正和输入的葡萄糖合成糖原使钾从细胞外向细胞内转移、利尿后排钾增加及大便继续失钾, 血钾迅速下降。

**缺钾症状。**表现为: 四肢软弱无力, 软瘫, 腱反射迟钝或消失, 严重者出现呼吸困难; 神志淡漠, 目光呆滞, 嗜睡, 神志不清; 恶心, 呕吐, 腹胀, 肠麻痹; 心悸, 心律失常。

低钾血症需要做的检查: 血清钾低于 3.5mmol/L; 心电图显示 T 波低平, 双向或倒置和出现 U 波。低钾血症常与原发病的症状相混杂, 易延误诊断, 应加以重视。

如何治疗低钾血症: 积极治疗引起缺钾的原发病, 恢复正常饮食; 补充钾盐。补钾时, 能

口服尽量口服，口服补钾是最安全的补钾方式，如 10%KCL 或枸橼酸钾。不能口服者静脉补充。静脉补钾时，尿量须在 30mL 以上，切勿过快或过量，严禁静脉推注。一般加入葡萄糖溶液滴注，浓度不要超过 3%，滴速成人每分钟不要多于 80 滴补钾速度（不宜超过 20~40mmol/h）；每 24 小时滴入总量不要超过 6~8g（钾量依血清钾水平而定。如仅是禁食者，一般每天给予生理需要量 KCL 2~3g 即可；严重缺钾：血清钾 < 2mmol/L 时，每日补 KCL 总量不宜超过 6~8g），“不宜过浓、不宜过快、（总量限制）不宜过多，见尿补钾，见惊补钙”。当伴有酸中毒时，可改用  $\text{KHCO}_3$ 。对伴有肝功能损害者，可改用谷氨酸钾。

### （三）几种类型肠炎的临床特点

（1）轮状病毒肠炎好发于秋、冬季，以秋季流行为主，故又称秋季腹泻。年龄以 6~24 个月的婴幼儿为主，起病急，吐先于泻，常伴有发热和上呼吸道感染症状，一般无明显中毒症状。大便呈黄色或淡黄色，水样或蛋花汤样，无腥臭味。自限性疾病，病程 3~8 天，便检偶有少量白细胞，病毒抗原检测阳性，可有全身症状。

（2）大肠埃希菌肠炎（大肠杆菌肠炎）。产毒性大肠杆菌：夏季多发（5~8 月气温较高季节），起病较慢，大便呈蛋花汤样、腥臭，有较多粘液。呕吐、腹泻大便水样或蛋花样，混有粘液。自限性疾病，病程 3~7 天，镜检无。侵袭性大肠杆菌肠炎：夏季多发，高热、粘液脓血便，伴里急后重。严重者：感染中毒症状、休克。常发生明显的水、电解质和酸碱平衡紊乱。大便镜检：白细胞、红细胞、脓细胞。

（3）抗生素诱发性肠炎：多为白色念珠菌所致（真菌性肠炎），常伴鹅口疮，便稀黄、多泡沫、粘液，可见豆腐渣样细块，偶见血便。便检：真菌孢子和菌丝。见于免疫低下者、慢性腹泻者，长期抗生素或激素等使用者。多为持续用药后肠道菌群失调而继发肠道内耐药的金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌（绿脓杆菌）变形杆菌、某些梭状芽孢杆菌和白色念珠菌等大量繁殖引起肠炎。起病急，病情严重者可有全身中毒症状和水、电解质紊乱。大便为暗绿色水样，粘液多。

### （四）迁延性腹泻和慢性腹泻

（1）特点：病程 2 周~2 个月为迁延性腹泻，病程超过 2 个月为慢性腹泻。以人工喂养儿多见，多与营养不良和急性期末彻底治疗有关。多伴消瘦、贫血、营养不良、继发感染等。

（2）病因。全身性及系统性疾病：炎症性肠病，免疫缺陷、肿瘤、内分泌疾病、遗传代谢性疾病、自身免疫性疾病，HIV 感染。菌群失调：抗生素相关性肠炎、真菌性肠炎。过敏性腹泻：食物不耐受，食物过敏。吸收不良腹泻病：先天或继发性乳糖酶缺乏，脂肪消化吸收不良。

### （五）生理性腹泻

多见于 < 6 个月的婴儿，常虚胖。生后不久即腹泻，但除大便次数增多外，无其他症状。食欲好，不影响生长发育。添加辅食后，大便即逐渐转为正常。

## 四、实验室检查

（1）大便检查：由侵袭性细菌感染引起的腹泻，大便水样或蛋花样，混有粘液。镜检无白细胞。

（2）多无发热，常发生明显的水、电解质和酸碱平衡紊乱。自限性疾病，病程 3~7 天

## 五、治疗原则

### (一) 调整饮食 (调整、营养)

母乳喂养儿继续哺乳。

人工喂养儿:6个月以下继续喂配方乳,6个月以上继续食用已经习惯的日常食物;鼓励进食,如进食量少,可增加喂养餐次;严重呕吐者可暂禁食4~6小时(不禁水)避免给患儿喂食含粗纤维的蔬菜、水果及高糖食物;病毒性肠炎可暂时给予低(去)乳糖配方奶;腹泻停止后的一周,每天增加一餐。糖源性腹泻(乳糖不耐受多见):宜采用去双糖饮食,可采用去(或低)乳糖配方奶或豆基蛋白配方奶。过敏性腹泻(以牛奶过敏较常见):避免食入过敏食物,或采用口服脱敏喂养法,不限制已经耐受的食物。婴儿通常能耐受深度水解酪蛋白配方奶,如仍不耐受,可采用氨基酸为基础的配方奶或全要素饮食。

要素饮食:适用于慢性腹泻、肠粘膜损伤、吸收不良综合征者。

静脉营养:用于少数重症病例,不能耐受口服营养物质、伴有重度营养不良及低蛋白血症者。

### (二) 控制感染

**病毒性肠炎以饮食疗法和支持疗法为主**,不需应用抗菌药。其他肠炎应对因选药。例如,大肠埃希菌可选用庆大霉素、硫酸阿米卡星(硫酸丁胺卡那霉素)、黄连素;**抗生素诱发性肠炎应停用原来的抗生素**,可选用万古霉素等。

### (三) 纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱

#### 1. 口服补液

口服补液疗法(ORS)成分:NaCl3.5g、NaHCO<sub>3</sub>(枸橼酸钠)2.5g(2.9g)、枸橼酸钾1.5g、葡萄糖20.0g,加水到1000mL,张力:2/3张(电解质220mmol/L)。

#### (1) 适应症。

腹泻时脱水的预防:轻度脱水;中度脱水而无明显周围循环障碍者。轻度脱水 50~80mL/kg;中度脱水 80~100mL/kg。

无明显脱水者,每天给予50mL/kg,少量频服,并根据病情增减。8~12小时内补足累积损失量;12~16小时内维持补液(需稀释一倍后用)。

(2) 禁忌症: 明显呕吐、腹胀; 休克、心肾功能不全; 新生儿; 有严重并发症者。

(3) 液量 轻度脱水 50~80mL/kg;中度脱水 80~100mL/kg。无明显脱水者,每天给予50mL/kg,少量频服,并根据病情增减。8~12小时内补足累积损失量;12~16小时内维持补液(需稀释一倍后用)。

#### 2. 静脉补液

##### 1) 适应症

用于中、重度脱水或吐泻频繁或腹胀的患儿。

等张液=等渗液,等渗液 等张液,等渗的电解质溶液=等张液,张力=含钠溶液在整个溶液中所含比重。

5%葡萄糖/10%葡萄糖;0.9%NaCl/10%NaCl(最高静脉使用浓度为3%),5%NaHCO<sub>3</sub>/1.4%NaHCO<sub>3</sub>(5%NaHCO<sub>3</sub>稀释3.5倍)。10%KCl(需稀释至0.33%浓度,即100mL水中最多配置3mL10%KCl)。10%葡萄糖酸钙:需稀释后缓慢滴注。其中0.9%NaCl、1.4%NaHCO<sub>3</sub>为等渗、等张液,5%葡萄糖为

等渗不产生张力液。

## 2) 三定

(1) 定量：补液总量包括三部分，即累积损失量（发病至开始治疗前丢失的水分和电解质，轻度脱水：50mL/kg，中度脱水：50~100mL/kg，重度脱水：100~120mL/kg）继续损失量（治疗中继续丧失的水分和电解质）及每日生理需要量（维持基本生理机能所必需的水分和电解质），取决于尿量、不显性失水，一般比较恒定。以上三部分合计液量，在禁食情况下，入院第一天应供给液体总量为：轻度脱水 90~120mL/kg；中度脱水 120~150mL/kg；重度脱水 150~180mL/kg，上述补液量适用于婴幼儿。

(2) 定性（输液种类）：根据脱水性质而定。低渗性脱水（血清钠<130mmol/L）用 2/3 张溶液；等渗性脱水（血清钠 130~150mmol/L）用 1/2 张溶液；高渗性脱水（血清钠>150mmol/L）用 1/3 或 1/5 张溶液。

(3) 定速（输液速度）：要根据脱水的程度和性质确定。重度脱水伴有周围循环衰竭时，应首先迅速滴入或直接静脉推注等张含钠液，以迅速扩充血容量，纠正休克，然后继续输入液体。低渗性脱水时输液速度应稍快，高渗性脱水时速度宜稍慢。一般累积损失量（约为补液总量的 1/2）应于 8~12 小时补足，滴速约为每小时 8~10mL/kg。继续损失量、生理需要量则在补充累积损失量以后的 12~16 小时内均匀滴入，滴速为每小时 5mL/kg。在补液过程中还要随时根据患儿病情的变化调节输液速度。累积损失量，学龄前期及学龄期补液量应酌减 1/4~1/3。

(4) 快速扩容阶段：适用于**重度脱水或有周围循环衰竭者**，**2:1 等张含钠液 20mL/kg 于 30~60 分钟内推注或滴注。**

补充累积损失为主阶段（应扣除扩容液量），一般在初 8~12 小时内输入总液量的 1/2，和含钠液的 2/3，约 8~10mL/kg·h。

维持补液阶段：在以后的 12~16 小时内把余量输完，约 5mL/kg·h。

(5) 纠正水、电解质酸碱平衡紊乱。根据检查结果或血气分析进行。不同程度的脱水第一天补液的选择如表 3-10 所示。

表 3-10 不同程度的脱水第一天补液的选择

脱水程度	积累失量		继续损失量		生理需要量		总量/ (mL/kg)
	液体量/ ( mL/kg )	补液成分/ ( mL/kg )	液体量/ ( mL/kg )	补液成分	液体量/ ( mL/kg )	补液 成分	
轻度	50	根据脱水性质， 低渗用 2/3 张，等 渗用 1/2 张，高渗 用 1/3 张	10 ~ 40	1/3 ~ 1/2 张	60 ~ 80	1/5 张	90 ~ 120
中度	50 ~ 100						120 ~ 150
重度	100 ~ 200						150 ~ 180
	8 ~ 12 小时内输完 ( 8 ~ 10 mL/kg · h )		12 ~ 16 小时内输完 ( 5 mL/kg · h )				

第二天以后的补液：补生理及继续损失量，口服或静滴；生理维持量 60~80mL/kg，1/5 张；继续损失量丢多少补多少 1/2~1/3 张；二者 12~24 小时内均匀静滴。

## 3) 举例

6个月婴儿，因“腹泻3天，神萎半天”入院，稀水蛋花样便， $10^+$ 次/天，无尿，极度萎靡，低热，偶有惊跳。查体：体重7.5kg，谵妄状态，面色青灰，口唇微绀，呼吸深大急促，脉搏细速，血压不能测出。皮肤弹性明显降低，前囟眼眶深凹，无泪，唇干，肢端厥冷，大理石样花纹。

请设计第一天静脉补液方案。

**病情判断：重度脱水，等渗性可能。**

总量： $180 \times 7.5 = 1350$  (mL)

扩容： $20 \times 7.5 = 150$  (mL)

用 2 1 液

0.9%NaCl	100mL		10%葡萄糖	35mL
1.4%NaHCO <sub>3</sub>	50mL	➡	0.9%NaCl	100mL
			5%NaHCO <sub>3</sub>	15mL

0.5 ~ 1 小时内：

补充累积损失量： $100 \times 7.5 = 750$  (mL)

实际用量： $750 - 150 = 600$  (mL)

用 2 3 1 液 (2/3 张) 8 ~ 12 小时内，输液速度 60mL/时

10%葡萄糖	100mL			
0.9%NaCl	150mL			
1.4%NaHCO <sub>3</sub>	50mL			
10%葡萄糖	135mL	➡	10%葡萄糖	100mL
0.9%NaCl	150mL		0.9%NaCl	200mL
5%NaHCO <sub>3</sub>	15mL			

补充继续损失量： $20 \times 7.5 = 150$  (mL)

用 3 2 1 液 (1/2 张)

10%葡萄糖	100mL
0.9%NaCl	150mL
5%NaHCO <sub>3</sub>	5mL
10%KCl	3mL (见尿补钾)

补充生理需要量： $60 \times 7.5 = 450$  (mL)

用生理维持液，4 1 液 (1/4 张)

10%葡萄糖	400mL
10%NaCl	100mL

10%KCl                      12mL

与继续损失量一起在 12 ~ 16 小时内输完

病例补液总结：

总量：1125 ~ 1325mL    1250mL

扩容：20 × 7.5 = 150 ( mL ) 2    1 液 ( 等张 )

累积：500mL 3    2    1 液 ( 2/3 张 )

维持：600mL 6    2    1 液 ( 1/3 张 )

#### 4) 补液原则

先快后慢，先浓后淡，先盐后糖，先晶后胶，见尿补钾，见惊补钙（镁），液种随时调整。

#### （四）对症

（1）微生态疗法：益生菌、益生元、合生元。

（2）肠粘膜保护剂：蒙脱石散。

（3）肠道蠕动抑制剂：非必要避免使用。复方苯乙哌啶、洛哌替啶（禁止用于儿童）。

（4）对症治疗。腹胀：西甲硅油；呕吐：吗丁啉。

## 六、护理诊断

（1）腹泻：与喂养不当、感染导致肠道功能紊乱有关。

（2）体液不足：与腹泻、呕吐丢失过多和摄入量不足有关。

（3）体温过高：与肠道感染有关。

（4）有皮肤完整性受损的危险：与大便次数增多刺激臀部皮肤有关。

（5）营养失调：低于机体需要量，与腹泻、呕吐丢失过多营养有关等。

## 七、护理措施

### 1. 调整饮食

调整小儿的饮食结构、习惯和规律，停止吃不适宜的食物，多饮水及防止发生脱水，腹泻次数减少后，给予半流质，少量多餐，逐渐过渡到正常饮食，大部分患儿即可自愈。重症腹泻患儿，静脉输液，可暂禁食 4 ~ 6 小时（母乳喂养者除外），不禁水。切忌随意使用抗生素，以免杀死肠道中的正常菌群，引起肠道菌群紊乱，加重腹泻症状。对轻型腹泻患儿可继续进食日常饮食，暂停添加辅食；重型腹泻按医嘱暂时禁食，待症状减轻尽早恢复喂养。母乳喂养者继续哺喂母乳，暂停辅食；人工喂养者可停喂牛奶和辅食，4 ~ 6 小时后逐渐恢复进食，但要注意由少量逐渐增多、少量多餐，可等量米汤、水稀释牛奶、米粥或面条。病毒性肠炎患儿有双糖酶缺乏，改为豆制代乳品或发酵乳。腹泻停止后继续给予营养丰富的饮食，每天加餐一次，共 2 周，可赶上正常生长水平。营养不良、慢性腹泻恢复期需更长时间。

（1）评估相关因素，去除病因。腹泻常见原因是饮食不当及肠内感染，应停止食用可能被污染的食物，以及可能引起消化不良及过敏的食物。

（2）严密观察病情。观察并记录排便次数、性状及腹泻量，收集粪便送检。监测体温变化、代谢性酸中毒表现、低血钾表现，判断脱水程度，记录大便次数、颜色、性状、量，做好动态比较，为输液方案和治疗提供可靠依据。正确记录 24 小时出入量。

## 2. 对于感染性腹泻，严格消毒，按肠道传染病隔离

可按医嘱用抗感染的药物。在医生指导下使用抗生素，大肠杆菌感染选用复方新诺明、痢特灵、氨苄青霉素等；沙门氏菌感染选用复方新诺明、氨苄青霉素、红霉素等；金黄色葡萄球菌感染选用青霉素或红霉素；霉菌感染选用制霉菌素或克霉唑。做好消毒隔离，与其他患儿分室居住。食具、衣物、尿布应专用，护理患儿前后要洗手，对腹泻患儿的粪便，被污染的衣、被进行消毒处理，防止交叉感染。

## 3. 体液不足的护理——按医嘱补充液体纠正脱水

(1) 防止体液继续丢失：通过调整饮食和按医嘱用药控制感染；呕吐重者可按医嘱应用止吐药。一般不用止泻剂，以防止泻药物抑制胃肠动力，增加细菌繁殖、毒素吸收。

(2) 口服 ORS 液：适用于轻、中度脱水而无严重呕吐者。累积损失量按轻度脱水 50mL/kg、中度脱水 80~100mL/kg 喂服，于 4~6 小时喂完；继续损失量根据排便次数和量而定。一般每 1~2 分钟喂 5mL（约 1 小勺），稍大的患儿可以用杯子少量多次饮用。若呕吐，可停 10 分钟再喂，每 2~3 分钟喂 5mL。注意事项：服用 ORS 液期间应让患儿照常饮水，防止高钠血症的发生；如患儿眼睑出现水肿，应停止服用 ORS 液，改用白开水；新生儿或心、肾功能不全，休克及明显腹胀者不宜应用 ORS 液。

(3) 静脉补液：适用于中、重度脱水或吐泻频繁或腹胀的患儿。静脉补液要注意以下事项。

输液前向家长解释液体疗法的目的和意义，取得家长和患儿的配合。全面了解患儿病情，熟悉所输液体的组成、配制、禁忌，按医嘱分批输入液体。

补液中应密切观察患儿前囟、皮肤弹性、眼窝凹陷情况及尿量，若补液合理，3~4 小时应排尿，表明血容量恢复。若 24 小时患儿皮肤弹性及眼窝凹陷恢复，说明脱水已纠正。若尿量多而脱水未纠正，表明输入的液体中葡萄糖液比例过高；若输液后出现眼睑水肿，说明电解质溶液比例过高。重度等渗性脱水患儿，第一天按计划补液后，脱水仍未纠正，第二天应重新制订补液计划。

及时观察静脉输液是否通畅，局部有无渗液、红肿。

准确记录第一次排尿时间、24 小时出入量，根据患儿基本情况，调整液体入量及速度。

掌握输液速度，输液速度过快易发生心力衰竭及肺水肿，速度过慢脱水不能及时纠正。

## 4. 预防皮肤受损的护理

选用清洁、柔软的尿布，避免使用塑料布包裹，注意及时更换，每次便后用温水清洗臀部，蘸干，涂油，保持会阴部及肛周皮肤干燥，预防臀红。局部发红有渗出或有潜在溃疡者，可采用烤灯、理疗促使创面干燥愈合。腹泻期间，父母要提防尿布疹及泌尿道上行性感染。每次大便后应及时为小儿更换尿布，避免粪便尿液浸渍的尿布与皮肤摩擦而发生破溃，并用温开水冲洗肛门及周围，预防发生臀红及泌尿系感染。天气热时可以暴露臀部，适当在臀部涂一些对皮肤有保护作用的油或油膏，如鞣酸软膏、金霉素鱼肝油等。

## 5. 电解质紊乱的护理

(1) 补液后密切观察患儿的精神、肌张力及腱反射等变化，注意有无低钾血症或低钙血症的表现；遵医嘱及时采血做电解质分析。

(2) 根据医嘱及时补充钾、钙、镁等电解质。输液后有尿时即可开始静脉补钾，钾的浓度不超过 0.3%，滴速不宜过快，第一天静脉输液时间不可少于 6~8 小时，严禁静脉推注，以免引起心跳骤停。补钾一般持续 4~6 天。补充 KCL 总量为一般 3~4mmol/(kg·d)，若补液中出现抽搐，可静脉缓慢注射钙剂，时间不得少于 10 分钟。镁剂需深部肌肉注射。

## 6. 代谢性酸中毒的护理

密切观察酸中毒的症状和体征，遵医嘱采集动脉血、补充碱性溶液。

## 7. 对症处理

(1) 眼部护理：重度脱水患儿泪液减少，结膜干燥，昏迷病人眼睑不能闭合，角膜暴露容易受伤引起感染。可用生理盐水浸润角膜，点眼药膏，眼罩覆盖。

(2) 发热的护理：监测体温变化，体温过高应给予物理或药物降温，应及时擦干汗液，更换潮湿衣被，多饮水，做好口腔及皮肤护理。

(3) 腹痛护理：可轻轻按摩患儿腹部做好腹部保暖或热敷，转移患儿注意力，严重者可遵医嘱应用解痉、镇痛药物。

(4) 小儿在腹泻时多少都伴有肠道菌群的紊乱，可服用一些肠道微生态制剂，如合生元、培菲康、丽珠肠乐、金双歧、促菌生、整肠生、乳酶生、妈咪爱等，或肠粘膜保护剂，如“思密达”。肠道微生态制剂和肠粘膜保护剂可以帮助缩短腹泻病程，效果良好。

## 八、健康教育

(1) 腹泻知识宣教。注意饮食卫生：加强卫生宣教，对水源和食品卫生严格管理。食品应新鲜、清洁，凡变质的食物均不可喂养小儿，食具也必须注意消毒。指导家长对呕吐患儿及时清除口内呕吐物，保持口腔卫生，对重度脱水出现角膜干燥者，0.25%氯霉素眼药水滴眼，预防感染。教会家长观察病情，了解补液的必要性和可能出现的问题。

(2) 提倡母乳喂养。母乳是6个月以内婴儿最适宜的食物，应大力提倡小婴儿按需喂养。人乳中含有IgA，可中和大肠杆菌肠毒素，有预防感染埃希氏大肠杆菌的作用。

(3) 按时添加辅食。小儿在添加辅食食物时必须注意从少到多，逐渐增加，使婴儿有个适应过程；从稀到稠，先喝米汤，渐渐过渡到稀饭、软饭；从细到粗，如加水果时，开始喂果汁，尔后吃果泥。5个月试加鸡蛋黄、鱼泥、嫩豆腐；7个月以后可添加富有营养、适合其消化吸收的食物，如鱼、肉末、青菜、饼干等，逐渐为断奶做些必要准备，但应避免在夏天断奶。在逐渐添加食物时，最好先习惯一种食物后再加另一种食物，不要同时添加几种如遇小儿生病应暂时不加另一种食物。食欲不振时，不宜强制进食。

(4) 增强体质。平时应加强户外活动，提高对自然环境的适应能力，注意小儿体格锻炼，增强体质，提高机体抵抗力，避免感染各种疾病。

(5) 避免不良刺激。小儿日常生活中应防止过度疲劳、惊吓或精神过度紧张，提供安静的休息环境。

(6) 加强体弱婴幼儿护理。营养不良、佝偻病及病后体弱小儿应加强护理，注意饮食卫生，避免各种感染。对轻型腹泻应及时治疗，以免拖延成为重型腹泻。

(7) 避免交叉感染。感染性腹泻易引起流行，对新生儿，托幼机构及医院应注意消毒隔离。发现腹泻患儿和带菌者要隔离治疗，大便应做消毒处理。

(8) 合理应用抗生素。避免长期滥用广谱抗生素，以免肠道菌群失调，招致耐药菌繁殖引起肠炎。



## 高考链接

(2013年高考题) 下列关于小儿腹泻的描述，错误的是( )。



- A. 可由于多病原、多因素引起
- B. 可引起婴幼儿严重脱水
- C. 好发于 3~4 岁幼儿
- D. 是造成小儿营养不良的主要原因之一

【分析】小儿腹泻好发于 2 岁以内的小儿。

【答案】C



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 小儿轮状病毒感染好发年龄是 ( )。
  - A. 新生儿
  - B. 婴幼儿
  - C. 学龄前期儿童
  - D. 青少年
2. 以下不是引起婴儿腹泻原因的是 ( )。
  - A. 机体防御功能较差
  - B. 胃肠道 SIgA 高
  - C. 胃内酸度较低
  - D. 胃肠道消化吸收功能负担大
3. 轮状病毒肠炎患儿除腹泻表现外常伴有 ( )。
  - A. 上呼吸道感染症状
  - B. 皮疹
  - C. 明显的感染中毒症状
  - D. 里急后重
4. 腹泻导致代谢性酸中毒最主要的原因是 ( )。
  - A. 腹泻丢失碱性物质
  - B. 饥饿性酮症
  - C. 肾脏排酸障碍
  - D. 酸性物质代谢产生增加
5. 婴儿腹泻轻型与重型的主要区别是 ( )。
  - A. 发热高达 39℃ 以上
  - B. 每日大便超过 10 次
  - C. 水、电解质明显紊乱
  - D. 大便呈蛋花汤样或水
6. 引起秋冬季婴幼儿腹泻的常见病因是 ( )。
  - A. 腺病毒
  - B. 埃可病毒
  - C. 白色念珠菌
  - D. 轮状病毒
7. 符合婴儿腹泻重度脱水条件的是 ( )。
  - A. 失水占体重的 10% 以上且口唇粘膜明显干燥
  - B. 皮肤弹性较差
  - C. 尿量明显减少
  - D. 口渴、眼泪少
8. 等渗性脱水血清钠的浓度为 ( )。
  - A. 70~100mmol/L
  - B. 100~130mmol/L
  - C. 130~150mmol/L
  - D. 150~180mmol/L
9. 迁延性腹泻的病程为 ( )。
  - A. 1 周内
  - B. 1~2 周
  - C. 2 周~2 个月
  - D. 2 个月以上
10. 引起夏季婴儿腹泻的主要是 ( )。
  - A. 金色葡萄球菌
  - B. 溶血性链球菌
  - C. 致病性大肠杆菌
  - D. 变形杆菌
11. 判断脱水性质最常用的检查指标是 ( )。

- A. 体重                      B. 尿量                      C. 皮肤弹性                      D. 血清钠
12. WHO 推荐口服补液盐每 1000mL 中不包括 (      )。
- A. NaCl 3.5g                      B. NaHCO<sub>3</sub> 2.5g  
C. KCl 1.5g                      D. CaCl<sub>2</sub> 0.5g
13. 重度等渗性脱水患儿, 第一天按计划补液后, 脱水仍未纠正, 第二天应选择 (      )。
- A. 等张液                      B. 2/3 张液                      C. 1/2 张液                      D. 重新制订补液计划
14. 评估脱水程度不包括 (      )。
- A. 体重减少情况                      B. 皮肤弹性  
C. 腹泻次数                      D. 前囟凹陷情况
15. 低渗性脱水主要是 (      )。
- A. 血清钾低                      B. 血清钙低  
C. 血清镁低                      D. 血清钠低
16. 婴儿腹泻伴低钾血症时, 不正确的是 (      )。
- A. 腹泻是由于排钾过多导致低血钾  
B. 酸中毒易致低血钾  
C. 血钾低于 3.5mmol/L 时出现低钾症状  
D. 补液后钾从尿中排出导致低钾
17. 腹泻等渗性脱水时, 前 8 小时补液应选用 (      ) 溶液。
- A. 等张                      B. 1/2 张                      C. 2/3 张                      D. 3/4 张
18. 婴儿腹泻治疗原则包括以下内容, (      ) 除外。
- A. 调整和适当限制饮食                      B. 纠正水、电解质紊乱  
C. 加强护理, 防止并发症                      D. 长期应用广谱抗生素
19. 小儿腹泻应用 2:1 等张含钠液的适应症是 (      )。
- A. 重度或中度脱水有明显周围循环障碍者  
B. 中度脱水无循环衰竭者  
C. 补充继续损失量  
D. 补充生理需要量
20. 下列溶液是等渗性非电解质溶液的是 (      )。
- A. 20%葡萄糖                      B. 5%NaHCO<sub>3</sub>  
C. 5%葡萄糖                      D. 11.2%乳酸钠
21. 下列属于高渗性脱水时的血清钠浓度的是 (      )。
- A. 125mmol/L                      B. 135mmol/L  
C. 145mmol/L                      D. 155mmol/L
22. 小儿腹泻轻度脱水, 丢失水分约占体重的 (      )。
- A. 3%~5%                      B. 5%~10%                      C. 7%~8%                      D. 9%~10%
23. 中度脱水的临床表现不正确的是 (      )。
- A. 尿量明显减少                      B. 皮肤弹性较差  
C. 眼窝、前囟明显凹陷                      D. 四肢厥冷
24. 重度脱水临床表现错误的是 (      )。

- A. 口腔粘膜极干燥  
B. 四肢厥冷  
C. 失水量为 50 ~ 100mL/kg  
D. 尿量极少或无尿
25. 除 ( ) 外, 均为低渗性脱水的特点。  
A. 主要是细胞外液减少重点为低钠血症  
B. 多见于营养不良伴腹泻的病儿  
C. 易高热, 烦渴  
D. 易脱水, 休克
26. 婴儿腹泻轻度酸中毒时, 早期诊断的可靠依据是 ( )。  
A. 呕吐、腹泻的次数  
B. 呼吸有烂苹果味  
C. 口唇樱红色  
D. 二氧化碳结合力测定
27. 婴儿腹泻每日补钾总量是 ( )。  
A. 一般 3 ~ 4mmol/kg · d  
B. 缺钾明显时 6 ~ 8mmol/kg · d  
C. 轻度缺钾 1 ~ 2mmol/kg · d  
D. 常规每日给予 KCl 0.5g
28. 婴儿腹泻的治疗原则不包括 ( )。  
A. 加强护理, 防止并发症  
B. 严格禁食  
C. 调整和早期进食  
D. 合理用药
29. 高渗性脱水补液应选择 ( )。  
A. 等张含钠溶液  
B. 5% 葡萄糖  
C. 1/2 张含钠液  
D. 1/3 张含钠液
30. 婴儿腹泻中度脱水累积损失量应给予 ( )。  
A. 30 ~ 50mL/kg  
B. 50 ~ 100mL/kg  
C. 100 ~ 110mL/kg  
D. 110 ~ 120mL/kg
31. 婴儿腹泻的脱水性质不明时, 前 8 小时静脉补液可选用 ( )。  
A. 1/4 张含钠液  
B. 1/3 张含钠液  
C. 2/3 张含钠液  
D. 1/2 张含钠液
32. 婴儿腹泻有明显周围循环障碍者, 扩容时宜选用 ( )。  
A. 等张钠含液 40 ~ 50mL/kg  
B. 高张钠含液 20 ~ 50mL/kg  
C. 2/3 张钠含液 20 ~ 30mL/kg  
D. 等张钠含液 20mL/kg
33. 关于婴儿腹泻时补钙、补镁的要求, 不正确的是 ( )。  
A. 肌注硫酸镁疗效显著  
B. 输液过程中出现抽搐, 应考虑给钙剂缓慢静注  
C. 个别小儿抽搐时用钙剂无效时, 应想到低镁血症  
D. 静注钙剂有引起心脏骤停的危险
34. 迁延性腹泻的治疗原则是 ( )。  
A. 抗病毒治疗  
B. 长期使用抗生素  
C. 禁食时间要长, 有利于消化功能的恢复  
D. 寻找并解除引起病程迁延的原因, 即积极治疗并发症
35. 10 个月患儿, 10 月患腹泻, 大便呈水样或蛋花样, 无腥臭, 有少量粘液但无脓血, 有脱水征, 考虑引起的病因是 ( )。  
A. 致病性大肠杆菌  
B. 金黄色葡萄球菌  
C. 白色念珠菌  
D. 肠道或呼吸道病毒

36. 腹泻患儿, 发热 2 天, 38.5 左右, 呕吐 3 次, 稀便每日 7~8 次, 呈水样, 尿量较平日略少。体检: 精神状态好, 前囟平, 哭时有泪, 口唇略干皮肤弹性尚可, 四肢末梢暖, 心音有力, 律齐, 肺部无啰音。若要与重型腹泻鉴别, 需注意观察的是 ( )。

- A. 发热、呕吐是否加重                      B. 大便次数大于 10 次/天  
C. 有无水、电解质紊乱                      D. 大便中出现粘液、脓血

37. 11 个月婴儿, 呕吐、腹泻 4 天, 近 12 个小时无尿, 体检发现: 精神萎靡, 意识模糊, 呼吸深快, 面色苍白, 前囟、眼窝明显凹陷, 哭时无泪, 皮肤弹性差, 脉细弱, 四肢厥冷。首先应给的治疗为 ( )。

- A. 4 : 2 : 3 液 50mL/kg 静脉滴注                      B. 1.4%NaHCO<sub>3</sub> 20mL/kg 静推  
C. 2 : 1 等张含钠液 20mL/kg 静推                      D. 3 : 2 : 1 液 40mL/kg 静脉滴注

38. 5 个月婴儿, 体重 7kg, 有湿疹, 生后不久即开始腹泻, 5~7 次/日, 进乳良好, 精神良好, 大便检查未见异常, 应考虑为 ( )。

- A. 婴儿腹泻 (轻型)                      B. 迁延性腹泻  
C. 生理性腹泻                      D. 病毒性肠炎

39. 8 个月男婴, 腹泻, 发热 2 天, 大便每日 10 次以上, 为黄色稀水便, 量较多, 偶有呕吐, 尿量较少。体温 39 , 烦躁, 哭无泪, 皮肤弹性差, 应做的检查是 ( )。

- A. 便常规+血常规+血电解质测定                      B. 便常规+血培养+血电解质测定  
C. 便常规+血常规+便病毒分析                      D. 便常规+血常规+便培养

40. 患儿 8 个月, 男, 因呕吐腹泻 3 天, 尿少 1 天, 无尿 12 小时而入院。体检: 体温 38.0 , 嗜睡与烦躁交替, 前囟凹陷, 口唇和皮肤干燥, 弹性差, 四肢凉, 有花纹, 脉细弱, 160 次/分, 肠鸣音亢进, 初步诊断为 ( )。

- A. 婴儿腹泻、重度脱水、代谢性酸中毒  
B. 婴儿腹泻、中度低渗性脱水  
C. 婴儿腹泻、重度脱水、低钾血症、代谢性酸中毒  
D. 婴儿腹泻、感染性休克、低钾血症、代谢性酸中毒

41. 小儿 1 岁, 腹泻 7 天, 经第一段输液后已排尿, 呼吸平稳, 脉搏有力, 血钠 136mmol/L, CO<sub>2</sub>CP 18.6mmol/L, 血钾 3.6mmol/L, 第二阶段应用 ( ) 继续补液。

- A. 4 : 3 : 2 液                      B. 生理盐水                      C. 生理维持液                      D. 2 : 1 等张含钠液

42. 10 个月男婴, 因腹泻 3 天入院, 病后每天排水样便 10 余次, 量较多, 2 天来尿少, 近 12 小时无尿。体检: 前囟略凹陷, 哭无泪, 皮肤弹性差, 肢端凉, 在补钾时不正确的是 ( )。

- A. 输液后有尿即可开始补钾  
B. 静脉输液中 KCL 浓度不得超过 0.3%  
C. 第一天静脉输液时间不可少于 6~8 小时  
D. 补充 KCL 总量为 0.6g/kg·d

43. 10 个月女孩, 5 天来先吐泻, 大便呈蛋花汤样, 腥臭, 有粘液, 无脓血, 精神萎靡, 皮肤弹性较差, 眼窝凹陷, 唇樱红, 呼吸深快有丙酮味, 尿量明显减少, 四肢稍凉, 需静脉补液, ( )。

- A. 第一天总量约为 120~150mL/kg  
B. 第一天用等张含钠液

- C. 开始的 30~60 分钟用 2:1 等张含钠液 60mL  
D. 补充累积损失按 20mL/kg
44. 1 岁小儿因呕吐、腹泻 5 天, 8 小时无尿入院。评估发现重度脱水貌, 四肢湿冷, 血压下降, 首选的补液措施是快速滴注 ( )。
- A. 2:1 溶液      B. 生理盐水      C. 5%NaHCO<sub>3</sub> 液      D. 5%葡萄糖液
45. 1 岁小儿, 因婴儿腹泻伴中度等渗性脱水就诊入院。经补液治疗后, 该患儿脱水体征基本消失, 尿量较多。但精神仍差, 心音低钝, 肠鸣音减弱, 腹胀明显, 四肢软弱无力, 应考虑出现了 ( )。
- A. 低血糖      B. 低钙血症      C. 低钾血症      D. 低镁血症
46. 9 个月小儿, 呕吐、腹泻 2 天, 每天大便 10 余次, 稀水样、量多, 尿量明显减少, 前囟、眼窝凹陷, 皮肤弹性差, 精神萎靡, 呼吸深快, 口唇樱红, 考虑腹泻伴有 ( )。
- A. 休克      B. 代谢性酸中毒      C. 中毒性脑病      D. 低钾血症
47. 患儿 8 个月。因腹泻脱水、电解质紊乱而入院治疗, 经 5 小时补液后患儿出现眼睑水肿, 可能是 ( )。
- A. 输入葡萄糖液过多      B. 输入电解质溶液过多  
C. 血容量未恢复      D. 酸中毒未纠正
48. 患儿 1 岁。因肠炎腹泻出现脱水。现患儿烦躁、高热、烦渴、尿少、肌张力增高, 应考虑为 ( )。
- A. 高渗性脱水      B. 代谢性酸中毒      C. 重度脱水      D. 低钙血症
49. 10 个月患儿, 发育营养正常, 人工喂养。3 天来腹泻不止, 大便 15~20 次/日。蛋花样, 伴发热、呕吐, 1 天来尿少, 6 小时无尿。身体评估发现: 精神萎靡, 口唇干, 眼窝及凹陷, 皮肤弹性差。四肢稍凉, 血清钠 132mmol/L。该患儿所患疾病为 ( )。
- A. 急性感染性腹泻轻型      B. 急性感染性腹泻重型  
C. 营养不良轻度      D. 消化不良重度
50. 患儿 2 个月, 腹泻 3 天入院。3 天前患儿出现腹泻, 每天 10 余次, 黄色稀水样, 入院发现臀部皮肤发红, 有少量红疹。应首先考虑患儿为 ( )。
- A. 湿疹      B. 荨麻疹      C. 尿布皮炎      D. 压疮
51. 下列对尿布皮炎做法说明家长还需进一步健康指导的是 ( )。
- A. 我要让孩子少进食减少腹泻      B. 每一次大便后都给孩子清洗臀部  
C. 我要用柔软、透气好的尿布      D. 臀部清洗后涂一些软膏
52. 李冰, 男, 7 个月。1 日前第 1 次添加辅食肝泥粥, 因进食过量而发生腹泻, 7~9 次/日, 体温 37.9℃, 前囟平坦, 尿量正常, 大便镜检见少量脂肪球, 诊断为轻型腹泻。该患儿首优的护理诊断是 ( )。
- A. 腹泻      B. 有体液不足的危险  
C. 体温升高      D. 有皮肤完整性受损的危险
53. 护理轻型腹泻 (6 个月) 患儿的首要措施是 ( )。
- A. 暂禁食 8 小时      B. 按医嘱给予抗生素口服  
C. 停止辅食继续母乳喂养      D. 停乳类食物改为豆制品代乳品或发酵乳
54. 按医嘱给 6 个月患儿服用 ORS 液时不妥的方法是 ( )。

- A. 每次腹泻后喂 50 ~ 100mL                      B. 每日应给 500mL  
C. 若患儿呕吐应停止喂服                      D. 若患儿眼睑水肿应停止喂服
55. 腹泻患儿低钾血症, 补钾时错误的是 (      )。  
A. 见尿补钾                      B. 缓慢静推  
C. 尽量口服                      D. 静脉补钾浓度不超过 0.3%
56. 有助于维护和修复小儿肠道粘膜屏障功能的药物是 (      )。  
A. 青霉素                      B. 双歧杆菌                      C. 制霉菌素                      D. 蒙脱石散

## 二、简答题

1. 简述小儿腹泻的病因。
2. 如何对脱水程度及性质进行判断?
3. 轮状病毒、致病性大肠杆菌、真菌 3 种肠炎特点?
4. 简述静脉补液的原则。
5. 简述补钾原则。

## 三、综合分析题

患儿男, 8 个月, 因“呕吐、腹泻 3 天, 加重伴尿少 1 天”于 11 月 25 日入院。患儿 3 天前无明显诱因出现流涕、轻咳, 体温 38.5°C, 随即出现呕吐、腹泻。呕吐每天 3 ~ 4 次, 为胃内容物, 大便为黄色蛋花汤样, 每日 7 ~ 8 次, 家长自行给予思密达、培菲康口服, 效果欠佳。入院前 1 日, 呕吐频繁, 进食水即吐, 且大便次数增多, 呈水样, 共 14 次, 尿量明显减少, 故急诊入院。

- (1) 作为一名护士你应从哪几方面对患儿进行评估?
- (2) 患儿有哪些健康问题(护理诊断及合作性问题)?
- (3) 主要的护理措施有哪些?

## 第四章

# 神经系统疾病病人的护理

## 第一节 急性脑血管病病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握急性脑血管病的常见病因、护理评估和护理措施。
2. 理解急性脑血管病的发病机制、护理要点及护理诊断。



### 知识梳理

#### 一、概述

脑血管疾病是指各种血管源性脑病变引起的脑功能障碍，临床上分为急性脑血管病和慢性脑血管病。急性脑血管病又称脑卒中，是指急性起病，迅速出现局限性或弥漫性脑功能障碍的脑血管疾病，是神经系统的常见病、多发病，是目前人类疾病三大死亡原因之一。存活者中有一半以上的患者遗留不同程度的瘫痪和失语等严重残疾，给社会和家庭带来沉重负担。

##### （一）病因

引起脑血管疾病的病因较多，有血管壁病变（以动脉粥样硬化为最常见）、血液成分及血液流变学异常（如血液粘滞度增高、凝血机制异常）、心脏病和血流动力学改变（如血压的急骤波动、心瓣膜病、心房颤动）等。脑血管疾病的发生还与一些危险因素有密切关系。一般将危险因素分为两类：一类是无法干预的因素，如年龄、性别、种族和遗传因素等；另一类是可干预的因素，其中**高血压、心脏病、糖尿病是脑血管疾病发病最重要的危险因素**，而高脂血症、血粘度增高、无症状性颈动脉杂音、吸烟、饮酒、肥胖、眼底动脉硬化、口服避孕药、饮食因素（盐摄入量、肉类和含饱和脂肪酸的动物油食用量）等也与脑血管疾病的发病有关。

##### （二）分类

脑血管疾病的分类方法不同。依据神经功能缺失持续时间，将不足 24 小时者称短暂性脑缺血发作，超过 24 小时者称脑卒中。脑卒中是急性脑循环障碍导致局限性或弥漫性脑功能缺损的临床事件。依据病理性质，可分为缺血性卒中和出血性卒中。前者又称脑梗死，包括脑血栓形成和脑栓塞；后者包括脑出血和蛛网膜下腔出血。脑血管疾病的分类如图 4-1 所示。

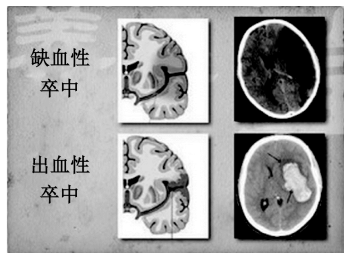
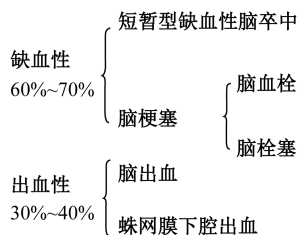


图 4-1 脑血管疾病的分类

## 二、短暂性脑缺血发作

### （一）概述

短暂性脑缺血发作（TIA）是局灶性脑缺血导致突发短暂性、可逆性神经功能障碍。发作一般持续 10~15 分钟，多在 1 小时内恢复，最长不超过 24 小时。短暂性脑缺血发作多发于 50~70 岁，男性较多，其发病与动脉硬化、动脉狭窄、心脏病、血液成分改变及血流动力学变化等多种因素有关。

### （二）护理评估

#### 1. 健康史

询问病人有无动脉粥样硬化病史，有无严重的高血压、心脏病、糖尿病、高脂血症、颈椎病及严重贫血等病史；发病前有无血压明显升高、急性血压过低、急剧的头部转动和颈部伸屈及严重失水等血流动力学改变的情况。

#### 2. 身体状况

多突然起病，迅速出现局限性神经功能缺失的症状和体征，历时短暂，数分钟达到高峰，持续数分钟或十余分钟缓解，可反复发作，每次发作症状相似，不遗留后遗症。

（1）颈内动脉系统短暂性脑缺血发作。颈动脉系统的短暂性脑缺血发作较椎-基底动脉系统短暂性脑缺血发作发作少，但持续时间较长，且易引起完全性卒中。最常见的症状为单瘫、偏瘫、偏身感觉障碍、失语、单眼视力障碍等，亦可出现同向性偏盲及昏厥等。主要表现如下。

单眼突然出现一过性黑蒙，或视力丧失，或白色闪烁，或视野缺损，或复视，持续数分钟可恢复。

对侧肢体轻度偏瘫或偏身感觉异常。

优势半球受损出现一过性的失语或失用或失读或失写，或同时面肌、舌肌无力。

偶有同侧偏盲。其中**单眼突然出现一过性黑蒙**是颈内动脉系统短暂性脑缺血发作的特征性症状。

（2）椎-基底动脉系统短暂性脑缺血发作。常见症状有眩晕及平衡障碍，少数伴耳鸣。特征性症状为**跌倒发作**（病人转头或仰头时下肢突然失去张力而跌倒，无意识丧失，可很快自行站起）、**短暂性全面性遗忘**（发作性短时间记忆丧失，持续数分钟至数十分钟）和**双眼视力障碍**。还可出现吞咽困难、饮水呛咳、构音障碍、共济失调、复视、交叉性瘫痪和交叉性感觉障碍等。

#### 3. 心理-社会状况

因突然发病或反复发作，常使病人产生紧张、焦虑和恐惧；部分病人因缺乏相关知识而麻痹大意。



### （三）辅助检查

血脂、血液流变学检查，可发现血粘度增高及血小板聚集性增加。

### （四）治疗要点

治疗原则是去除病因和诱因，减少及预防复发，保护脑功能。对短时间内反复发作的病例应采取有效治疗措施，防止脑梗死发生。药物治疗多采用抗血小板聚集药（阿司匹林、盐酸噻氯匹定和双嘧达莫）、抗凝药物（肝素和华法林等）、钙通道阻滞剂（如尼莫地平）、血管扩张药和扩容药（麦全冬定及低分子右旋糖酐）等。

### （五）护理诊断及合作性问题

（1）有受伤的危险：与短暂脑缺血发作时一过性眩晕及失明等有关。

（2）潜在并发症：血栓形成。

### （六）护理措施

（1）一般护理：适当休息，并采取相应的防护措施，避免跌倒和受伤。发作时卧床休息，枕头不宜太高（以 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 为宜），以免影响头部的血液供应。频繁发作的病人应避免重体力劳动，必要时如厕、沐浴及外出活动时应有家人陪伴。

（2）用药护理：遵医嘱用药。应用抗血小板聚集药如阿司匹林宜饭后服用，并注意观察有无上消化道出血征象；应用盐酸噻氯匹定，可出现可逆性中性粒细胞减少和血小板减少，应定期监测血象；应用抗凝药治疗时，应密切观察有无出血倾向。

（3）病情观察：频繁发作的病人应注意观察和记录每次发作的持续时间、间隔时间和伴随症状，警惕完全性缺血性脑卒中的发生。

### （七）健康指导

（1）疾病知识指导：说明积极治疗病因，避免危险因素的重要性；介绍吸烟、酗酒、肥胖及饮食因素与脑血管病的关系；对频繁发作的病人应尽量减少独处时间，避免发生意外。

（2）饮食指导：选择低盐、低糖、低脂、丰富维生素及少刺激性的食物，戒烟酒。

（3）用药指导：坚持长期服用抗血小板聚集药物，定期复查。

## 三、脑梗死

### （一）概述

脑梗死是指因脑部血液循环障碍，缺血、缺氧所致的局限性脑组织的缺血性坏死或软化，又称缺血性脑卒中。临床最常见的类型为脑血栓形成和脑栓塞。

**脑血栓形成是脑血管疾病中最常见的一种**，是脑动脉主干或皮质支动脉粥样硬化导致血管增厚、管腔狭窄闭塞和血栓形成的，引起脑局部血流减少或供血中断，脑组织缺血、缺氧导致软化坏死，出现局灶性神经系统症状和体征。脑栓塞是指各种栓子随血流进入颅内动脉，使血管腔急性闭塞，引起相应供血区的脑组织缺血坏死及脑功能障碍。

脑血栓可形成于颈内动脉和椎-基底动脉系统的任何部位，动脉分叉处多见，**最常见的病因为脑动脉粥样硬化**，常伴高血压，与动脉粥样硬化互为因果，糖尿病和高脂血症等也可加速动脉粥样硬化进程；在睡眠、失水、心力衰竭、心律失常等情况下，血压下降、血流缓慢及血液粘稠度增加，易致血栓形成。脑栓塞栓子来源可分为心源性（心房颤动时附壁血栓脱落多见）、非心源性（动脉粥样硬化斑块脱落多见）和来源不明性栓子三大类，最常见的原因是心源性栓子，约一半以上为风湿性心脏病二尖瓣狭窄合并心房颤动。

## （二）护理评估

### 1. 健康史

了解病人有无动脉粥样硬化、高血压、高脂血症、糖尿病及短暂性脑缺血发作等病史；有无风湿性心脏瓣膜病、感染性心内膜炎及心肌梗死等病史；发病前有无失水、大出血、心力衰竭及心律失常等诱因，是否长期摄入高钠、高脂饮食，有无烟酒嗜好；有无脑卒中家族史。

### 2. 身体状况

#### 1) 脑血栓形成

（1）好发于中老年人，发病前有头昏、头痛、肢体麻木无力等前驱症状，部分病人发病前有短暂性脑缺血发作病史。

（2）常在安静状态下或睡眠中发病，次日早晨醒来时可发现一侧肢体瘫痪，语言障碍，多数病人意识清楚，少数病人可有不同程度的意识障碍，病情多在几小时或几天内发展达到高峰。病情轻者经治疗在短期内缓解，不留后遗症；重者病情进展快，可出现昏迷、颅内压增高等并发症，甚至死亡。

（3）神经系统表现视病变部位和病变范围而定，常为各种类型的瘫痪、感觉障碍、吞咽困难及失语等。

#### 2) 脑栓塞

脑栓塞可发生于任何年龄，以青壮年多见。多在活动中急骤发病，无前驱症状，为脑血管病中起病最快的一种。意识障碍常较轻且很快恢复，神经系统局灶表现与脑血栓形成相似，严重者可突然昏迷、全身抽搐，可因脑水肿或颅内压增高，继发脑疝而死亡。部分病人可伴有肾、脾、肠、肢体及视网膜等血管栓塞的表现。

### 3. 心理-社会状况

发病后病人由于瘫痪、生活自理缺陷影响工作及生活家庭，社会支持程度影响病人的心理状况，常出现自卑、消极或急躁心理。

## （三）辅助检查

（1）实验室检查：血脂及血液粘稠度增加，血小板聚集性增高，脑脊液检查正常。

（2）影像学检查：应常规进行CT检查，多数病例于发病24小时后逐渐显示低密度梗死灶。

（3）彩色多普勒超声检查：可发现颈动脉及颈内动脉的狭窄、动脉硬化斑块或血栓形成，部分病人超声心动图检查可发现心腔内附壁血栓。

## （四）治疗要点

（1）脑血栓形成。急性期治疗原则为超早期治疗、个体化治疗、对症治疗、支持疗法、防治并发症的整体化治疗。早期治疗以溶栓治疗为主，酌情选用改善脑循环、保护脑组织、防治脑水肿、降低颅内压等治疗；恢复期治疗原则为促进神经功能恢复。脑血栓形成具体治疗包括：

溶栓治疗，发病后6小时内应用尿激酶、链激酶或重组组织型纤溶酶原激活剂等溶栓，尽快恢复缺血区的血液供应；改善脑血液循环，常用低分子右旋糖酐；降低颅内压，常用20%甘露醇或同时使用地塞米松；调整血压，病后24~48小时血压过高（收缩压>220mmHg、舒张压>120mmHg）时，可用卡托普利、钙通道阻滞剂等降压药物；抗凝及抗血小板聚集，可应用肝素、阿司匹林；高压氧舱治疗，病人呼吸正常、无抽搐及血压正常者，应尽早进行高压氧治疗。

（2）脑栓塞。原则上与脑血栓形成相同。积极治疗原发病，消除栓子来源，防止复发，是防治脑栓塞的重要环节。

### （五）护理诊断

- （1）躯体活动障碍：与脑细胞或锥体束缺血、软化及坏死导致偏瘫有关。
- （2）感觉紊乱：与脑血栓形成损害感觉传导通路有关。
- （3）吞咽障碍：与意识不清或延髓麻痹有关。
- （4）焦虑：与肢体瘫痪、感觉障碍、语言沟通困难等影响工作和生活，或家庭照顾不周及社会支持差有关。

### （六）护理措施

#### 1. 一般护理

急性期病人卧床休息，取平卧位。遵医嘱给予氧气吸入。**头部禁用冷敷**，以免脑血管收缩导致血流缓慢，而使脑血流量减少。为病人提供低盐、低糖、低脂、低胆固醇、丰富维生素及足量纤维素的无刺激性饮食，防止误吸发生。保持大便通畅。病情稳定后指导并协助病人用健肢穿脱衣服、洗漱、进食及大小便等生活自理活动。

#### 2. 病情观察

定时监测病人生命体征、意识状态及瞳孔变化，注意是否出现血压过高或过低的情况，观察病人神经系统表现，及时发现有无脑缺血加重征象及颅内压增高的症状，发现异常及时报告医师并协助处理。

#### 3. 对症护理

偏瘫、感觉障碍者，注意保持瘫痪肢体功能位，防止关节变形，及早就开始肢体功能锻炼，避免损伤并给予其他相应护理。吞咽障碍病人的护理措施：**观察病人能否自口进食，饮水有无呛咳，了解病人进食不同稠度食物的吞咽情况、进食量及速度；鼓励能吞咽的病人自行进食，选择流食、半流食或软食，避免粗糙、干硬及辛辣的刺激性食物，少量多餐；有面肌麻痹者，应将食物送至口腔健侧的舌根部**，以利于吞咽，吞咽困难病人避免使用吸水管，进食后应保持坐位 30~60 分钟；床旁备齐吸引装置，一旦发生误吸应立即清除口鼻分泌物和呕吐物，保持呼吸道通畅；不能进食的病人，遵医嘱鼻饲，告知病人或家属鼻饲饮食的原则、方法及注意事项。

#### 4. 用药护理

遵医嘱用药，观察药物疗效及不良反应。**溶栓抗凝药物**：用药前后监测出凝血时间、凝血酶原时间；密切观察病人意识和血压变化及有无出血征象，特别是颅内出血。**低分子右旋糖酐**：用药前做皮试，部分病人用后可出现发热、皮疹甚至过敏性休克等，应密切观察。**脱水剂**：长期大量应用甘露醇，易出现肾损害及水、电解质紊乱等，应监测尿常规和肾功能。**钙通道阻滞剂**：可有头部胀痛、颜面部发红、血压下降等不良反应，应监测血压变化，调整输液速度，一般为 20~30 滴/分。

#### 5. 心理护理

向病人解释病情，帮助病人正视现实，说明积极配合治疗和护理有助于病情恢复和改善预后；鼓励病人主动获取维持健康的知识，积极参与生活自理；充分利用家庭和社会的力量关心病人，消除病人思想顾虑，增强战胜疾病的信心。

### （七）健康指导

#### 1. 疾病知识指导

向病人和家属介绍本病的基本知识，告知本病的早期症状及就诊时机，说明积极治疗原发病、去除诱因，是防止脑梗死的重要环节。教会病人康复训练的基本方法，通过感觉、运动及言语功能等训练，促进神经功能恢复，重视心理康复，逐步达到职业康复和社会康复。遵医嘱正确服用

降压、降糖和降血脂药物，定期复查，若出现头晕、肢体麻木等脑血栓前驱症状或短暂性脑缺血发作表现，应及时就诊。

## 2. 生活方式指导

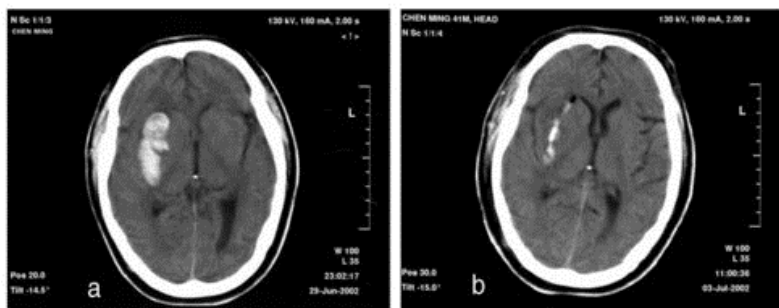
指导病人选择低盐、低脂、充足蛋白质和丰富维生素的饮食，多食新鲜蔬菜、水果、豆类及鱼类，少吃甜食，限制动物油和钠盐摄入，忌辛辣油炸食品，戒烟限酒。生活起居要有规律，平时保持适量体力活动。告知老年人晨醒后不要急于起床，最好安静平卧 10 分钟后缓慢起床，改变体位动作要慢，转头不宜过猛，洗澡时间不要过长、水温不要过高，以防发生体位性低血压。

## 四、脑出血

### (一) 概述

脑出血系指原发性脑实质出血，多在**活动状态下突然发病**，发病前多无先兆。脑出血占全部脑卒中的 10%~30%，好发于 50 岁以上的人群，目前发病有年轻化趋势。

**高血压是脑出血最常见的病因**，其次是动脉粥样硬化，常因用力活动、情绪激动等而诱发。高血压性脑出血好发部位为大脑基底节区，此处**豆纹动脉**自大脑中动脉近端呈直角分出，受高压血流冲击最大，故此动脉**最易破裂出血**，如图 4-2 所示。



a. 术前 CT 示血肿位于右侧基底节区，脑室受压移位；  
b. 术后第 2 日 CT 复查仅残留 2~3mL 血肿，脑室已复位。

图 4-2 脑出血

### (二) 护理评估

#### 1. 健康史

询问病人既往有无高血压、动脉粥样硬化、先天性动脉瘤、颅内血管畸形及血液病等病史，有无家族史；发病前有无情绪激动、精神紧张、酗酒、用力活动及排便等诱发因素；了解病人的性格特点、生活习惯和饮食结构等。

#### 2. 身体状况

发病前多无先兆，少数有头昏、头痛、肢体麻木和口齿不清等前驱症状。常在情绪激动和活动时突然起病，常于数分钟至数小时内病情发展至高峰。血压常明显升高，出现剧烈头痛，伴呕吐、偏瘫、失语、意识障碍及大小便失禁。呼吸深沉带有鼾音，重者呈潮式呼吸或不规则呼吸，临床表现因出血量及出血部位不同而异。

(1) 基底节区出血：**是最常见的脑出血**。因病变累及**内囊**，病人出现典型“三偏综合征”，即病灶对侧偏瘫、偏身感觉减退和双眼对侧同向偏盲。如果出血累及优势半球常伴失语；累及下丘

脑可伴持续高热、消化道出血等。出血量较大时，临床症状重，可并发脑疝，甚至死亡。

(2) 脑桥出血：小量出血无意识障碍，表现为**交叉性瘫痪，头和双眼转向非出血侧**，呈“凝视瘫肢”状；大量出血迅速波及两侧脑桥后，出现双侧面部和肢体瘫痪，头和双眼回到正中位置，两侧瞳孔呈“**针尖样**”缩小（脑桥出血的特征性表现）。中枢性高热，呼吸不规则。数分钟内进入深昏迷，多数在 24、48 小时内死亡。

(3) 小脑出血：常表现为一侧后枕部头痛、眩晕及呕吐，病侧肢体共济失调等，无肢体瘫痪。

### 3. 心理-社会状况

病人面对运动障碍、感觉障碍及言语障碍等残酷现实，而又不能表达自己的情感，常会出现情绪沮丧、悲观失望心理；家庭环境及经济状况欠佳，家属对病人的关心、支持程度差，病人会产生苦闷、急躁心理，对自己的生活能力和生存价值丧失信心。

### (三) 辅助检查

(1) 影像学检查：**CT 检查，显示均匀高密度影像，对脑出血有确诊价值**；MRI 和脑血管造影能检出更细微病变。

(2) 脑脊液检查：只在无 CT 检查条件，且临床无明显颅内压增高表现时进行。脑脊液压力常增高，多为血性脑脊液。

### (四) 治疗要点

脑出血急性期的治疗原则是防止再出血、控制脑水肿、维持生命功能和防止并发症：如果血压明显升高，可选用温和降压药物，如硫酸镁等；控制脑水肿、降低颅内压，常选用 20%甘露醇快速静脉滴注；根据具体病情选用止血药物，如 6-氨基己酸等；酌情采用手术疗法。

### (五) 护理诊断及合作性问题

(1) 急性意识障碍：与脑出血损害大脑皮质、皮质下结构及脑干网状上行激活结构有关。

(2) 躯体活动障碍：与脑出血使锥体束受损导致肢体瘫痪有关。

(3) 感觉紊乱：与脑出血损害感觉中枢及感觉传导束有关。

(4) 语言沟通障碍：与大脑语言中枢损害、发音肌肉瘫痪有关。

(5) 潜在并发症：脑疝、消化道出血、感染。

### (六) 护理措施

#### 1. 一般护理

(1) 休息与体位。急性期应绝对卧床休息，取侧卧位，**抬高床头  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，以减轻脑水肿**。若病人有面瘫，可取**面瘫侧朝上侧卧位**，有利于口腔分泌物的引流。发病后 24~48 小时内避免搬动。病室保持安静，严格限制探视。对谵妄、躁动病人加保护性床栏，由专人陪护，必要时给予约束带。各项护理操作应集中进行，动作轻柔。

(2) 饮食护理。**急性脑出血病人在发病 24 小时内应暂禁食**，病人生命体征平稳、无颅内压增高症状及严重消化道出血时，可进食高蛋白质、丰富维生素、低盐、低脂及富含纤维素的半流质食物，并且要保证进食安全；有进食障碍者可鼻饲流质饮食并做好鼻饲管的护理；有消化道出血不能鼻饲者改为胃肠外营养。

(3) 保持大便通畅。避免用力排便，可进行腹部按摩，为病人提供安全而隐蔽的排便环境，遵医嘱应用导泻药物，但禁止灌肠。

#### 2. 病情观察

密切观察并记录病人的生命体征、意识状态、瞳孔变化，及时判断病人有无病情加重及并发

症的发生。若病人出现剧烈头痛、喷射性呕吐、血压升高、脉搏洪大、呼吸不规则、意识障碍进行性加重及两侧瞳孔不等大等情况，常为脑疝先兆表现；若病人出现呕血、黑粪或从胃管抽出咖啡色液体，伴面色苍白、呼吸急促、皮肤湿冷、血压下降和少尿等，应考虑上消化道出血和出血性休克，应立即报告医师并协助处理。

### 3. 对症护理

对意识障碍、感觉障碍及运动障碍等给予相应的护理。语言障碍的护理措施包括：评估病人失语的性质、理解能力，确定语言障碍的程度；鼓励病人克服羞怯心理，大声说话，营造一种和谐的氛围和轻松的语言交流环境，采取多种方法进行沟通，如借助图片、手势、书写或表情进行简单而有效的沟通，与病人说话时速度要慢，应给予病人足够的时间做出反应；向病人及其家属介绍语言训练的方法，制订个体化的语言康复计划，进行发音肌群运动训练（包括缩唇、叩唇、伸舌、卷舌、鼓腮、吹气等运动）及发音训练，遵循由易到难的原则，使病人体会到成功的快乐，循序渐进坚持训练。

### 4. 用药护理

遵医嘱用药，观察药物疗效和不良反应。硫酸镁：观察呼吸、循环情况及昏迷程度，药液不可漏出血管外，以免发生组织坏死；静脉注射速度不可过快，以免导致一过性头晕、头痛和视物模糊。甘露醇：不能与电解质溶液等混用，以免发生沉淀；低温出现结晶时，需加温溶解后再用；长期大量应用易出现肾损害，水、电解质紊乱等，应注意尿常规和肾功能检查；静脉滴注过快，可致一时性头痛、眩晕，应向患者做好解释工作。氨基己酸：持续给药，保持有效血药浓度，观察病人有无消化道反应、体位性低血压等。

### 5. 脑疝的护理

(1) 诱因预防：避免用力排便、烦躁、剧烈咳嗽、快速输液、脱水剂滴注速度过慢等诱发因素。  
(2) 病情观察：严密观察病人有无脑疝先兆表现，一旦出现立即报告医师。  
(3) 配合抢救：保持呼吸道通畅，防止舌根后坠和窒息，及时清除呕吐物和口鼻分泌物，迅速给予高流量吸氧。迅速建立静脉通道，遵医嘱快速给予脱水、降颅压药物，如静脉滴注 20%甘露醇或静脉注射 50%高渗葡萄糖等。备好气管切开包、脑室穿刺引流包、监护仪、呼吸机和抢救药物。

### 6. 心理护理

护士要及时发现病人的心理问题，有针对性地进行心理护理。随时向病人通报疾病好转的消息，请康复效果理想的病人介绍康复成功经验；鼓励病人做自己力所能及的事情，减少病人的依赖性，指导家属充分理解病人，给予各方面的支持，从而纠正病人心理障碍，树立战胜疾病的信心。

### (七) 健康指导

(1) 疾病知识指导：向病人和家属介绍脑出血的基本知识，明确积极治疗原发病对防止再次发病的重要性；尽量避免情绪激动及血压骤升骤降等诱发因素；指导病人注意病情，每日定时测血压，定期随诊，发现血压异常波动，或有头痛、头晕及其他不适及时就诊。

(2) 康复训练指导：向病人和家属说明康复训练越早疗效越好，强调坚持长期康复训练的重要性，并介绍和指导康复训练的具体方法，使病人尽可能恢复生活自理能力。

(3) 生活指导：指导病人建立健康的生活方式，戒烟酒，保持大便通畅，保证睡眠充足，适当运动，避免过度劳累。

## 五、蛛网膜下腔出血

### （一）概述

**蛛网膜下腔出血通常为脑底部动脉瘤或脑动静脉畸形破裂，血液直接流入蛛网膜下腔所致，又称自发性蛛网膜下腔出血。蛛网膜下腔出血约占急性脑卒中的 10%，占出血性卒中的 20%，各年龄组均可发病，青壮年多见。**

### （二）护理评估

#### 1. 健康史

询问病人有无先天性动脉瘤、颅内血管畸形和高血压及动脉粥样硬化等病史；有无血液病、糖尿病、颅内肿瘤及抗凝治疗史；了解发病前有无突然用力、情绪激动及酗酒等诱发因素；了解病人过去有无类似发作及诊治情况。

#### 2. 身体状况

起病急骤，多有激动、用力或排便等诱因，血压急骤上升。典型表现是突发异常剧烈全头痛，可持续数日不变，2 周后缓慢减轻，头痛再发常提示再次出血。可伴有呕吐、面色苍白、出冷汗，半数病人有不同程度的意识障碍。可出现脑膜刺激征，表现为**颈项强直、凯尔尼格征及布鲁津斯基征阳性，是蛛网膜下腔出血最具有特征性的体征**。少数病人可有短暂性或持久的局限性神经体征，如偏瘫、偏盲或失语。严重颅内压增高的病人可出现脑疝。

#### 3. 心理-社会状况

病人多为青壮年，突然发病、接受损伤性检查及手术治疗，均可使病人紧张、烦躁不安。

### （三）辅助检查

（1）脑脊液检查：脑脊液压力增高，**肉眼呈均匀一致血性脑脊液**。

（2）影像学检查：CT 检查显示血管破裂处附近的脑池或脑裂内有凝血块，有助于蛛网膜下腔出血的确诊。脑血管造影可确定蛛网膜下腔出血的病因。

### （四）治疗要点

治疗原则是制止继续出血，防治血管痉挛，防止复发，降低死亡率，必要时手术治疗。急性期处理与脑出血基本相同，但主张使用大剂量止血剂，以避免早期再出血，常用 6-氨基己酸、止血芳酸等；解除脑血管痉挛，可选用钙通道阻滞剂和  $\beta$  受体激动剂。

### （五）护理诊断及合作性问题

（1）急性疼痛：头痛与脑血管破裂、脑动脉痉挛、颅内压增高有关。

（2）焦虑：与突然发病及损伤性检查、治疗有关。

（3）潜在并发症：再出血。

### （六）护理措施

（1）急性期护理（同上）。

（2）病情观察：密切观察病情变化，若病人病情稳定后，突然再次出现剧烈头痛、恶心、呕吐、意识障碍加重，或原有局灶性神经系统表现重新出现等，提示再出血，应及时报告医师协助处理。

（3）健康指导：指导病人合理饮食、避免诱因；积极配合各项检查和治疗，发现再出血征象及时就诊。



## 高考链接

【例 1】(2007 年山东高考题) 急性脑血管病中最常见的是 ( )。

- A. 脑血栓形成      B. 脑出血      C. 脑栓塞      D. 短暂性脑缺血发作

【分析】脑血栓形成是脑血管疾病中最常见的一种, 脑栓塞是发病速度最快的一种。

【答案】A

【例 2】(2011 年山东高考题) 脑血栓形成常发生在 ( )。

- A. 情绪激动      B. 剧烈运动      C. 睡眠或安静时      D. 大量饮酒后

【分析】脑血栓好发于中老年人, 发病前有头昏、头痛、肢体麻木无力等前驱症状, 部分病人发病前有短暂性脑缺血发作病史。常在安静状态下或睡眠中发病。

【答案】C

【例 3】(2011 年山东高考题) 脑出血昏迷患者出现呼吸变慢, 两侧瞳孔不等大时应考虑 ( )。

- A. 呼吸性酸中毒      B. 脑疝      C. 窒息      D. 代谢性酸中毒

【分析】脑出血在颅内形成占位性病变, 导致颅内压增高。如果患者出现呼吸变慢, 双侧瞳孔不等大时应考虑脑疝。

【答案】B

【例 4】(2012 年山东高考题) 对脑血栓形成病人, 下列护理错误的是 ( )。

- A. 头置冰袋      B. 鼻饲流质饮食      C. 平卧位      D. 注意保暖

【分析】脑血栓形成属于缺血性脑血管病, 禁忌用冷以免加重脑部缺血; 平卧位能增加脑组织血供, 利于脑功能恢复。

【答案】A

【例 5】(2013 年山东高考题) 关于脑梗死, 不正确的是 ( )。

- A. 又称缺血性脑卒中      B. 常表现为脑血栓形成和脑栓塞  
C. 应常规行 CT 检查      D. 发病 6 小时后应用尿激酶溶栓

【分析】脑梗死的治疗关键是在超早期 (发病 6 小时内) 溶栓。

【答案】D

【例 6】(2014 年山东高考题) 关于短暂性脑缺血的描述, 正确的是 ( )。

- A. 可致短暂性、不可逆性神经功能障碍      B. 持续时间多在 15 分钟以上  
C. 每次发作症状不同, 多遗留后遗症      D. 可出现对侧偏身麻木、对侧同向偏盲

【分析】短暂性脑缺血症状短暂, 持续不超过 2 小时, 不造成可逆性神经功能障碍, 不遗留后遗症。

【答案】D

【例 7】(2015 年山东高考题) 对脑出血患者的健康指导, 不恰当的是 ( )。

- A. 尽量避免情绪激动      B. 戒烟、戒酒  
C. 保持大便通畅      D. 为避免再次出血, 康复训练越晚越好

【分析】指导向病人和家属说明康复训练越早疗效越好, 强调坚持长期康复训练的重要性, 并介绍和指导康复训练的具体方法, 使病人尽可能恢复生活自理能力。

【答案】D

【例 8】(2013 年山东高考题) 简述缺血性脑血管病的治疗要点。

【答案】溶栓治疗; 改善脑循环, 增加脑血流量; 控制血压, 消除脑水肿; 抗凝治疗; 改善脑



代谢,保护脑细胞。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 女, 60 岁。急性脑出血患者。经抢救后清醒, 但一侧上下肢不能运动, 在进行康复护理时错误的是 ( )。
  - A. 培养患者对病后生活的适应能力
  - B. 教育家属给予关心、照顾及支持
  - C. 病情稳定后, 尽早抓紧锻炼患肢
  - D. 待语言功能恢复后进行肢体功能训练
2. 脑出血发病的主要原因是 ( )。
  - A. 高血压心脏病
  - B. 颅内动脉瘤
  - C. 高血压及动脉粥样硬化
  - D. 血液病
3. 突然口眼歪斜, 肢体瘫痪者于 24 小时内未经治疗自愈者考虑 ( )。
  - A. 脑膜炎
  - B. 蛛网膜下腔出血
  - C. 脑动脉血栓形成
  - D. 短暂脑缺血发作
4. 目前治疗脑水肿的脱水剂中, 应用最广泛疗效较好的是 ( )。
  - A. 呋塞米
  - B. 20%甘露醇
  - C. 25%山梨醇
  - D. 地塞米松
5. 脑出血第一周护理措施中, 不恰当的是 ( )。
  - A. 各项护理操作要轻柔
  - B. 避免不必要的搬动
  - C. 入液量每日小于 1500mL
  - D. 头部略低防止继续出血
6. 脑出血患者出现脑疝症状, 在通知医生的同时应 ( )。
  - A. 快速静脉滴入甘露醇
  - B. 吸氧
  - C. 保温
  - D. 头抬高
7. 脑栓塞形成的“超早期”治疗时间一般是指发病后的 ( )。
  - A. 1 小时内
  - B. 3 小时内
  - C. 6 小时内
  - D. 12 小时内
8. 李先生, 24 岁。3 小时前活动时突然剧烈头痛和喷射性呕吐。查体: 神清, 四肢肌力正常, 脑膜刺激征 (+)。最可能的诊断是 ( )。
  - A. 小脑出血
  - B. 脑干出血
  - C. 蛛网膜下腔出血
  - D. 胼胝体出血
9. 李先生, 24 岁。3 小时前活动时突然剧烈头痛和喷射性呕吐。查体: 神清, 四肢肌力正常, 脑膜刺激征 (+)。护理措施不妥的是 ( )。
  - A. 保持大便通畅
  - B. 密切观察生命体征
  - C. 限制探视
  - D. 头痛时可遵医嘱给予哌替啶 (杜冷丁) 止痛
10. 我国当前最常见的脑血管疾病是 ( )。
  - A. 脑出血
  - B. 蛛网膜下腔出血
  - C. 脑血栓形成
  - D. 脑栓塞

11. 引起脑出血最常见的原因是 ( )。
- A. 高血压            B. 脑动脉硬化            C. 颈动脉硬化            D. 脑动脉瘤
12. 高血压脑出血最常见的破裂血管是 ( )。
- A. 大脑中动脉            B. 颈内动脉            C. 颈外动脉            D. 豆纹动脉
13. 高血压脑出血最易发生在 ( )。
- A. 内囊            B. 中脑            C. 脑桥            D. 小脑
14. 瘫痪病人护理中, 下列措施不妥的是 ( )。
- A. 保持肢体功能位, 翻身、拍背
- B. 调整饮食以防便秘发生
- C. 鼓励病人多饮水
- D. 由于瘫痪肢体不易移动可将静脉输液放在瘫痪肢体侧
15. 病人对压眶刺激出现痛苦表情, 没有言语应答, 且不能执行简单的命令, 目前病人处于的状态是 ( )。
- A. 昏迷            B. 嗜睡            C. 浅昏迷            D. 深昏迷
16. 腰椎穿刺术一般选择的部位是 ( )。
- A. 腰 1~2 椎间隙            B. 腰 3~4 椎间隙            C. 胸 6~7 椎间隙            D. 胸 8~9 椎间隙
17. 对高血压脑出血病人急性期处理的最重要环节是 ( )。
- A. 用镇静剂, 防止癫痫发作
- B. 用抗生素, 防止继发感染
- C. 立即使血压下降至正常以下, 防止再出血
- D. 立即使用脱水剂, 降低颅内压
18. 蛛网膜下腔出血最常见的病因为 ( )。
- A. 血液病            B. 脑动脉炎            C. 脑血管畸形            D. 先天性动脉瘤
19. 脑梗死发病常在 ( )。
- A. 用力排便时            B. 剧烈运动时            C. 安静睡眠时            D. 情绪激动时
20. 患者, 70 岁, 3 天前突然出现失语, 伴偏瘫、神志欠清。近两年来曾有 3 次类似发作, 分别持续半小时、1 小时和 2 小时后症状完全消失。诊断可能性较大的是 ( )。
- A. 脑出血            B. 脑栓塞            C. 脑血栓形成            D. 短暂性脑缺血发作
21. 患者, 60 岁, 饮酒后突然出现意识丧失, 呼吸变深呈鼾音, 颜面潮红, 脉搏慢而有力, 颈软, 左侧肢体瘫痪, 首先考虑 ( )。
- A. 脑出血            B. 脑栓塞            C. 脑血栓形成            D. 蛛网膜下腔出血
22. 36 岁患者, 在劳动时突发剧烈头痛伴呕吐、一过性意识丧失, 急诊入院。护理体检: 神清、烦躁、自动体位、颈强直、四肢活动自如、生理反射存在、病理反射阴性、克氏征和布氏征阳性。最可能的诊断是 ( )。
- A. 脑出血            B. 脑栓塞            C. 脑血栓形成            D. 蛛网膜下腔出血
23. 李小姐, 25 岁, 患风心病二尖瓣狭窄 4 年余。昨天下午在家休息时突发右侧肢体瘫痪伴失语, 入院后查脑脊液正常。最可能的诊断是 ( )。
- A. 脑出血            B. 脑栓塞            C. 脑血栓形成            D. 蛛网膜下腔出血
24. 黄先生, 50 岁, 4 周前因脑出血而住院, 目前已进入康复期, 神志清醒, 左侧上、下肢

- 瘫痪。目前必须立即进行的康复护理是( )。
- A. 肢体功能锻炼                      B. 培养定时排尿习惯  
C. 训练膀胱自行排尿                D. 进食时取卧位或患侧卧位
25. 蛛网膜下腔出血病人不应出现( )。
- A. 剧烈头痛                            B. 频繁呕吐  
C. 一侧肢体瘫                        D. 脑膜刺激征
26. 张女士, 患高血压 15 年, 昨天与人争吵后突然倒地昏迷。查体有一侧上下肢瘫痪、口斜眼歪。应考虑为( )。
- A. 癫痫发作                            B. 急性心肌梗死  
C. 脑血栓形成                        D. 脑出血
27. 脑出血病人发生脑疝与( ) 无关。
- A. 用力排便                      B. 剧烈咳嗽                      C. 腰穿放液过多                      D. 脱水剂快速静脉滴注
28. 颅内压增高的患者, 观察中最要注意的是( )。
- A. 脉搏强弱                      B. 呼吸节律                      C. 血压波动                      D. 瞳孔变化
29. 脑出血最好发的部位在( )。
- A. 脑叶                            B. 脑干                            C. 小脑                            D. 基底节区
30. 脑出血最常见的病因是( )。
- A. 高血压                            B. 动脉瘤                            C. 血液病                            D. 动静脉畸形
31. 脑血栓形成急性期护理错误的是( )。
- A. 注意保暖                            B. 冰袋冷敷头部                      C. 按危重病期护理                      D. 保持安静, 避免搬动
32. 脑血栓形成最常见的病因是( )。
- A. 脑动脉炎                            B. 血小板增多症                      C. 红细胞增多症                      D. 脑动脉粥样硬化
33. 高血压性脑出血急性期最威胁病人生命的是( )。
- A. 出血后血肿形成                      B. 出血后并发脑水肿  
C. 昏迷后肺感染                            D. 脑水肿并发脑疝
34. 区别脑出血与脑血栓形成的主要依据是( )。
- A. 起病的时间                      B. 意识障碍程度                      C. 血压的高低                      D. 脑 CT 扫描结果
35. 内囊出血出现典型的“三偏征”即出血灶对侧( )。
- A. 嘴偏, 舌偏, 偏瘫                      B. 偏瘫, 偏身麻木偏身疼痛  
C. 伸舌偏, 嘴角偏, 抬眼偏                      D. 偏瘫, 偏身感觉障碍, 同向偏盲
36. 蛛网膜下腔出血最具有特征性的临床表现是( )。
- A. 剧烈头痛                            B. 频繁呕吐                            C. 意识障碍                            D. 脑膜刺激征
37. 女性, 55 岁, 半年内出现 3 次突然不能言语, 每次持续 30 分钟左右, 第 3 次伴右侧肢体麻木, 既往有心房颤动病史, 神经系统检查正常, 最可能的诊断是( )。
- A. 癫痫小发作                            B. 偏头痛  
C. 颈椎病                            D. 短暂性脑缺血发作
38. 男性, 61 岁, 突然意识不清 1 小时。头颅 CT 显示右侧大脑半球  $3\text{cm} \times 3\text{cm} \times 6\text{cm}$  高密度影, 最可能的诊断是( )。
- A. 昏厥                            B. 脑出血

- C. 脑栓塞 D. 脑血栓形成
39. 男性, 36 岁, 突起昏迷, 四肢瘫痪, 双侧瞳孔“针尖样”缩小。其最可能的疾病是( )。
- A. 额叶出血 B. 脑桥出血  
C. 小脑出血 D. 基底节出血
40. 60 岁男性, 突发不能说话, 右上肢无力, 约 20 分钟恢复, 反复发作, 发作后检查, 神经系统正常。首先要考虑的诊断是( )。
- A. 局限性癫痫 B. 脑栓塞  
C. 癔病发作 D. 颈内动脉系统短暂性脑缺血发作
41. 62 岁女性, 晨起出现讲话不清, 右侧肢体无力, 两天后因病情渐加重就诊。血压 14/11kPa, 意识清, 运动性失语, 右侧偏瘫, 可完全排除的诊断是( )。
- A. 脑栓塞 B. 脑血栓形成  
C. 短暂脑缺血发作 D. 脑出血
42. 52 岁脑梗死患者, 病后第 3 天, 意识不清, 血压 19/14kPa, 左侧偏瘫。脑压 2.74kPa (280mmH<sub>2</sub>O), 宜首先选用( )。
- A. 降血压治疗 B. 扩血管治疗  
C. 尿激酶静脉点滴 D. 20%甘露醇静脉点滴
43. 38 岁女性, 洗衣时突发右侧肢体活动不灵, 查体: 意识清, 失语, 二尖瓣区可闻双期杂音, 心律不齐, 右侧偏瘫, 上肢重于下肢, 偏身痛觉减退, 首先考虑的诊断是( )。
- A. 脑血栓形成 B. 脑栓塞  
C. 脑出血 D. 蛛网膜下腔出血
44. 58 岁男性, 高血压病史, 演讲时突发头痛、呕吐、右侧偏瘫。在急诊室检查时病人昏迷, 左侧瞳孔大, 光反射消失, 诊断( )。
- A. 脑出血, 左颞叶钩回疝 B. 脑出血, 右颞叶钩回疝  
C. 脑出血, 小脑扁桃疝 D. 蛛网膜下腔出血
45. ( ) 做头部 CT 检查, 诊断脑梗死阳性率较高。
- A. 发病 6 小时以后 B. 发病 12 小时以后  
C. 发病 48 小时以后 D. 发病 18 小时以后
46. 脑出血的预后与( )有关。
- A. 出血量 B. 并发症严重程度  
C. 出血部位 D. 出血量、部位及并发症严重程度
47. 椎基底动脉系统短暂脑缺血发作, 不出现的症状是( )。
- A. 失写 B. 眩晕 C. 构音障碍 D. 复视
48. 颈内动脉系统短暂脑缺血发作最常见的症状是( )。
- A. 对侧上肢或下肢的发作性瘫痪 B. 对侧偏身感觉障碍  
C. 失语 D. 同侧单眼失明
49. 短暂脑缺血发作的临床表现是( )。
- A. 血压突然升高, 短暂意识不清, 抽搐  
B. 眩晕, 呕吐, 耳鸣持续一至数日  
C. 发作性神经系统功能障碍, 24 小时内完全恢复

D. 昏迷, 清醒, 再昏迷

50. 下列血管闭塞最易导致偏瘫的是 ( )。

A. 小脑下后动脉 B. 大脑中动脉 C. 脊髓前动脉 D. 小脑下前动脉

51. 男性, 61 岁, 3 天前睡觉醒后发现视野范围缩小。神志清楚, 血压正常, 心脏正常, 右侧同向性偏盲, 言语正常, 肢体肌力正常, 感觉正常, 应诊断为 ( )。

A. 脑血栓形成 B. 脑出血 C. 蛛网膜下腔出血 D. 脑栓塞

52. 女性, 65 岁, 高血压 10 年, 糖尿病 8 年, 突发右上下肢无力, 说话不流利, 逐渐加重 2 天。神志清楚, 血压正常, 混合性失语, 右侧鼻唇沟浅, 伸舌右偏, 脑 CT 未见异常, 右上、下肢肌力 0 级, 肌张力低, 腱反射低下, 右下肢病理征阳性, 应诊断为 ( )。

A. 脑血栓形成 B. 脑出血 C. 蛛网膜下腔出血 D. 脑栓塞

53. 女性, 57 岁, 高血压 6 年。6 小时前因生气突发头痛, 呕吐, 右侧肢体不能动, 20 分钟后出现意识不清。血压 24/16kPa (180/120mmHg), 中度昏迷, 双瞳孔 2mm, 对光反射存在, 右侧鼻唇沟浅。右上、下肢肌力 2 级, 右侧膝反射低下, 右侧病理征阳性, 应诊断为 ( )。

A. 脑血栓形成 B. 脑出血 C. 蛛网膜下腔出血 D. 脑栓塞

54. 男性, 43 岁, 心脏病 20 年, 心房颤动 2 年。1 天前突发意识丧失, 四肢抽搐 3 分钟左右, 10 分钟后清醒, 左侧上下肢不能活动。神清, 血压正常, 心房纤颤。右眼无光感, 左上下肢肌力 0 级, 左侧半身感觉丧失, 左侧病理征阳性, 应诊断为 ( )。

A. 脑血栓形成 B. 脑出血 C. 蛛网膜下腔出血 D. 脑栓塞

55. 脑血栓形成最常发生于 ( )。

A. 大脑前动脉 B. 颈内动脉 C. 大脑中动脉 D. 大脑后动脉

56. 一侧颈内动脉闭塞, 可无临床症状, 是因为 ( )。

A. 同侧颈外动脉未闭塞  
B. 对侧颈内动脉未闭塞  
C. 正常脑底动脉环可迅速建立侧支循环  
D. 双侧椎动脉未闭塞

57. 脑梗死临床表现中, 不应有的症状或体征是 ( )。

A. 意识不清 B. 肢体瘫痪 C. 头痛 D. 脑膜刺激征

58. 患者有偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲, 最可能有 ( ) 血管闭塞。

A. 大脑前动脉 B. 大脑中动脉 C. 大脑后动脉 D. 椎动脉

59. 心源性脑栓塞时, 栓塞多发生在 ( )。

A. 大脑前动脉 B. 大脑中动脉 C. 大脑后动脉 D. 椎动脉

60. 脑栓塞的临床表现中, 不正确的是 ( )。

A. 起病多急骤 B. 年龄多较轻  
C. 多有脑膜刺激征 D. 常见局限性抽搐, 偏瘫, 失语

61. 高血压性脑出血最好发生部位是 ( )。

A. 皮质下白质 B. 脑桥 C. 小脑 D. 壳核及其附近

62. 关于脑出血, 最确切的诊断依据是 ( )。

A. 60 岁以上发病 B. 均有偏瘫  
C. 脑脊液血性 D. 突然偏瘫, 头部 CT 见底节附近高密度影

63. 脑出血最常见的出血血管是 ( )。
- A. 小脑的齿状核动脉      B. 基底动脉的旁正中动脉  
C. 大脑中动脉的豆纹动脉      D. 脉络膜前动脉
64. 脑出血与蛛网膜下腔出血的主要区别是 ( )。
- A. 年龄大小      B. 有否高血压      C. 脑脊液改变      D. 有无偏瘫
65. 脑出血的内科治疗最重要的是 ( )。
- A. 控制脑水肿      B. 给止血剂      C. 降低血压      D. 抗生素治疗
66. 关于脑出血的治疗, 正确的是 ( )。
- A. 收缩压维持在 16 ~ 18kPa      B. 每日静脉补液量 2500mL 以上  
C. 大剂量止血芳酸      D. 保持安静, 积极抗脑水肿

## 二、简答题

1. 试列出出血性中风患者的护理问题。
2. 简述脑疝的观察内容与处理。
3. 脑血栓形成的患者护理措施有哪些?

## 三、综合论述题

70 岁女性患者, 丧偶, 与儿媳同住, 时有冲突, 心情不快, 有高血压史 10 余年, 常不规则服药。某晚因为怏气睡不着觉, 自服降压片 3 粒, 地西洋 2 片, 晨起时, 倾跌于地, 经扶起, 发觉右侧肢体活动不变, 口水流出, 说话不清, 但神志清楚, 急送入院诊断为脑血栓形成。体检: 体温 37 , 血压 21.3/12 kPa, 脉率 74 次/分, 呼吸 18 次/分, 右上、下肢瘫痪, 肌力 度; 病人愁眉苦脸, 时时滴泪。

- 请回答: (1) 病人当前主要的护理问题、处理要点有哪些?
- (2) 潜在的护理问题有哪些?
- (3) 如何做好保健指导?

## 第二节 癫痫病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握癫痫的常见病因、护理评估和护理措施。
2. 理解癫痫的发病机制、护理要点及护理诊断。



### 知识梳理

#### 一、概述

癫痫是慢性反复发作性短暂脑功能失调综合征, 以脑神经元异常放电引起反复痫性发作为特征, 是发作性意识丧失的常见原因。痫性发作是脑神经元过度同步放电引起的短暂脑功能障碍, 通常指一次发作过程, 病人可同时有几种痫性发作。癫痫是神经系统疾病中仅次于脑卒中的第二大常见疾病。按照病因主要分为特发性癫痫和症状性癫痫两大类。特发性癫痫主要由遗传因素所

致；症状性癫痫由脑内器质性病变和代谢疾病所致，临床上此型多见。癫痫发病机制复杂，尚未完全阐明，但不论是何种原因引起的癫痫，其电生理改变是一致的，即发作时大脑神经元出现异常的、过度的同步性放电。

## 二、护理评估

### （一）健康史

询问病人有无癫痫发作的家族史；有无脑部先天性疾病、颅脑外伤、颅内感染、脑血管病及脑缺氧等病史；有无儿童期的高热惊厥、中毒（如一氧化碳、药物、食物及金属类中毒）及营养代谢障碍性疾病；是否存在睡眠不足、饥饿、过饱、疲劳、饮酒、便秘、精神刺激、强烈的声光刺激及一过性代谢紊乱等诱发因素；了解首次癫痫发作的时间、诱因及表现，发作频度、诊治经过及用药情况等；女病人应了解其癫痫发作与月经有无关系。

### （二）身体状况

**癫痫具有短暂性、刻板性、间歇性和反复发作性特征。**癫痫发作常分为部分性发作、全面性发作和不能分类的癫痫发作三大类。

#### 1. 部分性发作

（1）单纯部分性发作：持续时间较短，一般不超过 1 分钟，起始与结束均较突然，无意识障碍，常以发作性一侧肢体，局部肌肉感觉障碍或节律性抽动为特征，或表现为特殊感觉性发作，如抽搐发作时自一侧拇指、脚趾、口角开始，按大脑皮质运动区的分布顺序扩延，逐渐传至半身，即称为**杰克逊发作**。

（2）复杂部分性发作：又称**精神运动性发作**，主要特征是意识障碍。于发作开始时出现错觉、幻觉等各种精神症状或特殊感觉，随后出现意识障碍、自动症或遗忘症。此型病灶多在**颞叶**，又称**颞叶癫痫**。

（3）部分性发作继发泛化：单纯部分性发作可发展为复杂部分性发作，单纯或复杂部分性发作可发展为全面性强直-阵挛发作。

#### 2. 全面性发作

发作伴有意识障碍或以意识障碍为首发症状。

（1）全面性强直—阵挛发作；又称**大发作**，是常见的发作类型，主要特征为全身肌肉强直和阵挛，伴意识丧失和自主神经功能障碍。多数病人发作前无先兆，部分病人在发作前一瞬间可能有含糊不清或难以描述的先兆，如胸腹气上冲、无名恐惧、局部轻微抽动等，历时极短。发作分 3 期。强直期：病人突然意识丧失，发出尖叫后摔倒，全身骨骼肌强直性收缩，眼球上翻，喉部痉挛，口先强张后突闭，可咬破舌尖，颈部和躯干先屈曲后转为角弓反张，上肢上举后旋转为内收前旋，下肢自屈曲转为伸直，足内翻，呼吸肌强直导致呼吸暂停，持续 10~30 秒后进入阵挛期。阵挛期：全身肌肉一张一弛交替抽动，阵挛频率逐渐变慢，松弛期逐渐延长，本期持续 30~60 秒或更长。最后一次强烈阵挛后抽搐突然终止，所有肌肉松弛，但意识仍未恢复。惊厥后期：阵挛期后可出现短暂的强直痉挛，以面部和咬肌为主，导致牙关紧闭，可发生舌咬伤。本期全身肌肉松弛，括约肌松弛可出现尿失禁。呼吸首先恢复，心率、血压和瞳孔也随之恢复正常，意识逐渐苏醒。发作开始至意识恢复历时 5~10 分钟，部分病人进入昏睡状态，持续数小时或更长，清醒后常感头昏、头痛、全身酸痛和疲乏无力，对发作过程全无记忆。

（2）强直性发作：多见于弥漫性脑损害儿童，常在睡眠中发作，表现为全身或部分肌肉强直性收缩，不伴阵挛期。头、眼和肢体固定在某一位置，躯干呈角弓反张，伴短暂意识丧失。

（3）阵挛性发作：几乎都发生于婴幼儿，特征是重复阵挛性抽动伴意识丧失，无强直期，持

续 1 至数分钟。

(4) 肌阵挛发作：特征是突发短促的震颤样肌收缩，表现为全身闪电样抖动或面部、某一肢体及个别肌群颤动。

(5) 失神发作：典型失神发作称小发作，多见于儿童。特征性表现是突发短暂的（5~10 秒）**意识丧失和正在进行的动作中断**，双眼茫然瞪视，**呼之不应，状如“愣神”**，一般不会跌倒，事后立即清醒，继续原先活动，对发作无记忆，每日可发作数次至数百次。

(6) 失张力发作：表现为部分或全身肌肉的张力突然降低，导致垂颈、张口、肢体下垂和跌倒等，持续数秒至 1 分钟，时间短者意识障碍不明显，长者可有短暂意识丧失，发作后立即清醒并站起。

### 3. 癫痫持续状态

癫痫持续状态又称癫痫状态。指癫痫连续发作之间**意识尚未完全恢复**又频繁发作，或癫痫发作**持续 30 分钟以上**不自行停止。常见原因为突然停用抗癫痫药，或因急性脑病、脑卒中、脑炎、外伤、肿瘤和药物中毒引起；抗癫痫药物治疗不规范、感染、精神紧张、过度疲劳、孕产和饮酒等可诱发。

### (三) 心理-社会状况

因发作时出现抽搐、跌伤、尿失禁等有碍病人自身形象的表现，常使病人自尊心受挫而产生自卑感；癫痫反复发作影响生活与工作，使病人对生活丧失信心；如果缺乏家庭及社会支持，病人可产生绝望心理。

## 三、辅助检查

(1) 脑电图检查：发作时有特异性脑电图改变，对本病诊断有重要价值。

(2) 影像学检查：可确定脑结构异常或病变，有助于继发性癫痫的病因诊断。

(3) 实验室检查：血常规、血糖、血寄生虫检查，可了解病人有无贫血、低血糖及寄生虫。

## 四、治疗要点

癫痫发作时治疗以预防外伤及并发症为原则。发作间歇期治疗以药物治疗为主，常用的抗癫痫药有苯妥英钠、卡马西平、丙戊酸钠、苯巴比妥、乙琥胺、托吡酯和拉莫三嗪等。能对癫痫源进行精确定位的病人也可采取手术治疗。癫痫持续状态病人应尽快制止发作，保持呼吸道通畅，立即采取维持生命功能的措施和防治并发症。可选用下列药物：**地西泮为首选药物**；10% 水合氯醛保留灌肠；**氯硝西泮**；**异戊巴比妥钠**；**利多卡因**。常用抗癫痫药物的有效发作类型如表 4-1 所示。

表 4-1 常用抗癫痫药物的有效发作类型

苯妥英钠	全面性强直-阵挛发作、部分性发作
卡马西平	部分性发作、继发性全面性强直-阵挛发作
托吡酯	难治性部分发作、继发性全面性强直-阵挛发作
拉莫三嗪	部分性发作、全面性强直-阵挛发作
苯巴比妥	小儿癫痫的首选药，全面性强直-阵挛发作、部分性发作
丙戊酸盐	是全面性发作，尤其是全面性强直-阵挛发作合并失神发作的首选，也用于部分发作
乙琥胺	单纯失神发作、肌阵挛发作



## 五、护理诊断及合作性问题

- (1) 有窒息的危险：与癫痫发作时意识障碍、喉头痉挛及气道分泌物增多有关。
- (2) 有受伤的危险：与癫痫发作时肌肉抽搐和意识障碍有关。
- (3) 社交孤立：与害怕在公共场合发病引起窘迫有关。
- (4) 知识缺乏：缺乏相关的疾病知识及正确的用药知识。
- (5) 潜在并发症：脑水肿。

## 六、护理措施

### 1. 发作时护理

(1) 防止受伤。有发作先兆时，应立即平卧，或发作时陪伴者应迅速将病人抱住缓慢就地平放，避免摔伤。取下眼镜和义齿，将手边的柔软物垫在病人头下，移去病人身边的危险物品。将牙垫或厚纱布垫在上下磨牙间，以防咬伤舌、口唇及颊部，但不可强行塞入。抽搐发作时，适度扶住病人的手脚，以防自伤及碰伤，切不可用力按压肢体，以免造成骨折、肌肉撕裂及关节脱位。躁动的病人，应专人守护，放置保护性床挡，必要时使用约束带。

(2) 保持呼吸道通畅。病人取平卧头侧位或侧卧位，使呼吸道分泌物由口角流出，松开衣领、衣扣和裤带。防止舌后坠阻塞呼吸道，必要时用舌钳将舌拖出。及时吸氧，床边备好吸引器、气管切开包等，及时清除口鼻腔分泌物，不可强行喂食。

### 2. 病情观察

严密观察生命体征、神志及瞳孔变化，注意病人发作过程中有无心率加快、血压升高、呼吸减慢或暂停、瞳孔散大、牙关紧闭及大小便失禁等；记录发作持续时间、频率和发作类型；观察病人意识恢复的时间，在意识恢复过程中有无自动症，有无头痛、疲乏及行为异常。

### 3. 用药护理

(1) 用药原则及注意事项。遵医嘱服用抗癫痫药物。偶然发病或首次发作病人，在查清病因前不宜用药；根据癫痫发作的类型和药物治疗反应正确选择药物；坚持单一用药，尽量避免联合用药；从小剂量开始，逐渐加量，以能控制发作又不致引起毒性反应的最小有效量为宜；坚持长期规律服药，部分病人需终生服药，不能间断服药或自行停药；停药应根据病情，通常在1~2年逐渐减量，如减量后有复发趋势或脑电图有明显恶化，应再恢复原剂量。

(2) 药物不良反应的观察和处理。抗癫痫药物应分次餐后服用，以减轻胃肠道不良反应，严重的特异性反应需减量或停药。服药前应做血、尿常规和肝肾功能检查，服药期间定期做血象和生化检查，必要时做血药浓度的测定。

### 4. 癫痫持续状态的护理

(1) 迅速建立静脉通道，遵医嘱缓慢静脉注射地西泮，若15分钟后再发可重复给药，或于12小时内缓慢静脉滴注地西泮。如出现呼吸变浅，昏迷加深，血压下降，立即报告医师，遵医嘱停药。

(2) 保持病室安静，避免刺激，做好安全护理，避免病人受伤，必须保持呼吸道通畅，经常吸痰，给予高流量氧气吸入。

(3) 严密观察生命体征、意识状态及瞳孔等变化；观察抽搐发作持续的时间与频率；监测血清电解质和酸碱平衡。

### 5. 心理护理

帮助病人正确对待自己的疾病，同情和理解病人，鼓励病人说出自己的内心感受，做好自我调节，维持良好的心理状态；鼓励病人积极参与各种社交活动，承担力所能及的社会工作。鼓励家属要关爱、理解和帮助病人，解除病人的精神负担，给予病人全身心的支持。

## 七、健康指导

(1) 疾病知识指导。

(2) 安全指导。

(3) 心理指导。



### 高考链接

【例 1】(2014 年山东高考题) 有关癫痫的治疗原则错误的是 ( )。

A. 坚持单药治疗

B. 坚持长期治疗

C. 增药可适当加快

D. 减药可适当加快

【分析】癫痫的用药原则是坚持单药治疗和长期治疗，增药可适当加快，减药一定要慢。

【答案】D

【例 2】(2015 年山东高考题) 下列不是癫痫发作的特征的是 ( )。

A. 短暂性

B. 周期性

C. 反复发作性

D. 间歇性

【分析】癫痫具有短暂性、刻板性、间歇性和反复发作性特征。

【答案】B



### 反馈训练

#### 一、选择题

1. 癫痫大发作时护理措施不恰当的是 ( )。

A. 扶持患者卧倒

B. 解开患者的衣领、衣扣和腰带

C. 在患者上下臼齿间放以纱布包裹的压舌板

D. 按压抽搐肢体

2. 癫痫发作特点不包括 ( )。

A. 突然性

B. 表演性

C. 间歇性

D. 短暂性

3. 诊断癫痫最有帮助的检查是 ( )。

A. 血、尿、便常规 B. 头颅 CT 或 MRI

C. 脑电图检查

D. 脑脊液检查

4. 下列不属于癫痫诱发因素的是 ( )。

A. 高热

B. 睡眠不足

C. 大量饮酒

D. 体育活动

5. 对抗癫痫药物的用药指导错误的是 ( )。

A. 撤换药物时要果断迅速

B. 定期监测血象及肝肾功能

C. 一般情况不主张联合用药

D. 药物剂量由小到大逐步增加

6. 癫痫大发作时最重要的护理措施是 ( )。

- A. 避免受伤  
B. 保持呼吸道通畅  
C. 不可强力按压肢体  
D. 禁用口表测试体温
7. 诊断癫痫最有效的检查项目是 ( )。  
A. 头部 CT      B. 腰穿      C. 头部 MRI      D. 脑电图
8. 全面强直-阵挛性发作治疗间突然停药, 可引起 ( )。  
A. 失眠      B. 精神萎靡      C. 失神发作      D. 癫痫持续状态
9. 治疗癫痫持续状态的首选用药是 ( )。  
A. 地西泮注射液静脉注射      B. 10%水合氯醛灌肠  
C. 氯硝西泮静脉注射      D. 利多卡因静脉滴注
10. 阵挛性发作见于 ( )。  
A. 老年人      B. 中青年      C. 学龄儿童      D. 婴幼儿
11. 4 岁男患儿, 突然发作瞪视不动, 呼之不应, 继而两手不断摸索, 历时 2 分钟缓解, 事后不能回忆。脑电图双侧颞区慢波, 杂有棘波、尖波。应诊断为 ( )。  
A. 精神分裂症      B. 癔症性发作      C. 失神发作      D. 精神运动性发作
12. 单纯部分性发作首选的是 ( )。  
A. 卡马西平      B. 扑痫酮      C. 丙戊酸钠      D. 氯硝地西泮

## 二、简答题

1. 简述癫痫持续状态的定义及治疗原则。
2. 简述癫痫药物用药原则和注意事项。

## 三、综合分析题

沈某, 20 岁, 在校大学生。上午第三节课时突然倒地, 意识丧失, 全身抽搐, 口吐白沫, 尿失禁。数分钟后情形, 对发生的事情全无记忆。

- (1) 最可能的病情是什么?
- (2) 主要的实验室检查方法有哪些?
- (3) 发作时的护理措施有哪些?

## 第三节 颅内压增高病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握颅内压增高的常见病因、护理评估和护理措施。
2. 理解颅内压增高的发病机制、护理要点及护理诊断。



### 知识梳理

#### 一、概述

颅内压 (ICP) 是指颅腔内脑组织、脑脊液和血液对颅腔壁所产生的压力, 通常以侧卧位腰穿测得的脑脊液压力来代表, 成人正常值为  $70 \sim 200 \text{ mmHg}$  ( $0.7 \sim 2.0 \text{ kPa}$ ), 儿童为  $50 \sim 100 \text{ mmHg}$  ( $0.5 \sim 1.0 \text{ kPa}$ )。

(0.5 ~ 1.0kPa)。当颅内压持续高于正常范围时,称为颅内压增高。

## 二、病因与发病机制

### 1. 病因

引起颅内压增高的原因可归纳为三类。

- (1) 颅腔内容物体积或量增加,如脑水肿、脑积水、脑血流量增加等。
- (2) 颅腔占位性病变,如颅内血肿、脑肿瘤、脑脓肿等。
- (3) 颅腔容积缩小,如狭颅症、颅底陷入症等。

### 2. 发病机制

颅内压增高时,脑血流量减少,脑组织处于严重缺血缺氧的状态。严重的脑缺氧会造成脑水肿,进一步加重颅内压增高,形成恶性循环。当颅内压增高到一定程度时,尤其是占位性病变使颅内各分腔之间压力不均衡,会使一部分脑组织通过生理性间隙从高压区向低压区移位,形成脑疝。疝出的脑组织压迫脑内重要结构和生命中枢,常常危及生命。

## 三、护理评估

### (一) 健康史

病人是否有颅脑外伤、颅内感染、脑肿瘤、高血压、脑动脉硬化、颅脑畸形等病史,初步判断颅内压增高的原因;有无呼吸道梗阻、咳嗽、便秘、癫痫等导致颅内压增高的诱因;询问症状出现的时间和病情进展情况,以及发病以来所做的检查和用药等情况。

### (二) 身体状况

#### 1. 颅内压增高“三主征”

颅内压增高“三主征”包括头痛、呕吐、视神经盘水肿,是其主要临床表现。

(1) 头痛:是最常见的症状,以早晨和晚间较重,多位于前额和颞部,程度可随颅内压增高而加重,当病人低头、弯腰、用力咳嗽时常使头痛加重。

(2) 呕吐:呈喷射状,可伴有恶心,与进食无关,呕吐后头痛可有所缓解。

(3) 视神经盘水肿:是颅内压增高的重要客观体征。表现为视神经乳头充血水肿、边缘模糊不清、中央凹陷消失,视网膜静脉怒张,严重时可伴视力减退,视野缩小,甚至失明。

#### 2. 意识障碍

颅内压增高的初期可有嗜睡、反应迟钝等,进而出现昏睡、昏迷。

#### 3. 生命体征紊乱

血压增高,尤其是收缩压升高、脉搏徐缓、体温升高、呼吸深慢并不规则甚至呼吸停止,即库欣反应,严重病人可因呼吸循环衰竭而死亡。

#### 4. 脑疝

(1) 小脑幕切迹疝:为颞叶海马回、钩回通过小脑幕切迹向幕下移位所形成,常由一侧颞叶或大脑外侧的占位性病变引起。在颅内高压的基础上出现进行性意识障碍、患侧瞳孔暂时缩小后逐渐散大、病变对侧肢体瘫痪、生命体征紊乱可致呼吸循环衰竭而死亡。

(2) 枕骨大孔疝:是小脑扁桃体经枕骨大孔向椎管内移位所形成。病情变化快,头痛剧烈、呕吐频繁、颈项强直,生命体征改变显著且出现较早,而意识障碍和瞳孔改变出现较晚。由于延髓的呼吸中枢受压,病人早期可突发呼吸骤停而死亡。

小脑幕切迹疝与枕骨大孔疝的鉴别如表 4-2 所示。

表 4-2 小脑幕切迹疝与枕骨大孔疝的鉴别

病变名称	小脑幕切迹疝	枕骨大孔疝
病变部位	大脑半球病变	后颅凹及小脑病变
意识障碍	早期出现	出现较晚
瞳孔改变	早期出现，一侧瞳孔散大	晚期出现，双侧瞳孔散大
呼吸障碍	晚期出现呼吸不规整	早期出现，且以呼吸障碍为主征
强迫头位	无	有，并有颈强克氏征分离
对侧偏瘫	有	无，有时疝后出现一过性双侧锥体束征

脑疝示意图如图 4-3 所示。

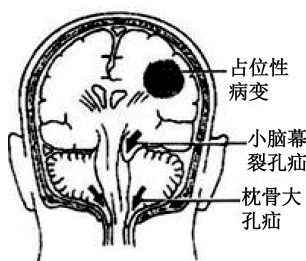


图 4-3 脑疝示意图

### (三) 心理-社会状况

颅内压增高的病人可因头痛、呕吐等引起烦躁不安、焦虑、紧张等心理反应。还应了解家属对疾病的认知和心理反应、对病人的关心程度及家庭经济情况。

## 四、辅助检查

(1) 腰椎穿刺：直接测量颅内压并取脑脊液检查，但当颅内压明显增高时应禁忌，以避免引发脑疝。

(2) 影像学检查：头部 X 线、CT、MRI、DSA 等检查有助于明确病因和病变部位。

## 五、治疗原则

(1) 非手术治疗：包括限制液体入量，应用脱水剂和糖皮质激素、亚低温冬眠疗法等以减轻脑水肿，降低颅内压。

(2) 手术治疗：对于颅内占位性病变，争取手术切除。有脑积水者，行脑脊液分流术。脑室穿刺外引流术等均可缓解颅内高压，脑疝形成时应紧急手术治疗。

## 六、常见护理诊断

- (1) 有脑组织灌注无效的危险：与颅内压增高有关。
- (2) 有体液不足的危险：与剧烈呕吐及应用脱水剂有关。
- (3) 急性疼痛：与颅内压增高有关。
- (4) 潜在并发症：脑疝。

## 七、护理措施

### （一）一般护理

- （1）体位：床头抬高  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，有利于脑静脉回流，减轻脑水肿。
- （2）吸氧：持续或间断吸氧，改善脑缺氧，收缩脑血管，降低脑血流量。
- （3）控制液体摄入量：不能进食者，一般每日遵医嘱输液不超过 2000mL，保持每日尿量在 600mL 以上；控制输液速度，防止输液过快而加重脑水肿；保持体液代谢和营养平衡。
- （4）其他：加强皮肤护理，防止压疮；保持大小便通畅，病人有尿潴留和便秘时，应导尿或协助排便。

### （二）病情观察

观察病人意识状态、生命体征、瞳孔和肢体活动的变化。

- （1）意识状态。意识状态反映了大脑皮质和脑干的功能状态，目前通用的是格拉斯哥昏迷评分标准（GCS）。评定睁眼、语言及运动反应，以三者积分来表示意识障碍轻重，最高 15 分，表示意识清醒，8 分以下为昏迷，最低 3 分，如表 4-3 所示。

表 4-3 格拉斯哥昏迷评分标准

自动睁眼	得分	语言反应	得分	运动反应	得分
自动睁眼	4	回答正确	5	按吩咐动作	6
呼唤睁眼	3	回答错误	4	刺痛能定位	5
刺痛睁眼	2	吐字不清	3	刺痛时躲避	4
不睁眼	1	有音无语	2	刺痛后过曲	3
		不能发音	1	刺痛后过伸	2
				无反应	1

- （2）瞳孔。对比双侧是否等大、等圆，有无对光反应。伤后一侧瞳孔进行性散大，对侧肢体瘫痪伴意识障碍，提示脑受压或脑疝；伤侧瞳孔先缩小后散大，伴对侧肢体运动障碍，提示伤侧颅内血肿；双侧瞳孔散大、对光反射消失、眼球固定伴深昏迷，提示脑干损伤或临终表现。

- （3）生命体征。观察脉搏的频率、节律及强度；血压、脉压；呼吸的频率、幅度和类型等。为避免病人躁动影响准确性，应先测呼吸、脉搏，最后测血压。

- （4）肢体功能。是否存在病变对侧肢体肌力的减弱和麻痹；是否存在双侧肢体自主活动的消失；有无阳性病理征等。

### （三）治疗配合

#### 1. 防治颅内压增高的护理

- （1）脱水疗法护理：遵医嘱应用高渗性脱水剂和利尿剂，减轻脑水肿，达到降低颅内压的目的。常用的高渗性脱水剂是 20%甘露醇，成人每次 250mL，于 15~30 分钟内静脉滴注，每日 2~4 次；用药后 10~20 分钟颅内压开始下降，可维持 4~6 小时。同时使用利尿剂如呋塞米（速尿）20~40mg，静脉注射，可重复使用。注意利尿剂可能造成的电解质紊乱。

- （2）应用糖皮质激素护理：遵医嘱常用地塞米松 5~10mg，每日 2~3 次，静脉注射。可改善毛细血管通透性，防治脑水肿和颅内压增高。要注意防止高血糖、应激性溃疡和感染等并发症的发生。

- （3）亚低温冬眠疗法护理：通过冬眠药物，配合物理降温，使病人的体温维持于亚低温状态，可以降低脑组织代谢率，提高其对缺氧耐受力，减轻脑水肿，降低颅内压。给予冬眠药物半小时，

**机体进入睡眠状态后,方可进行物理降温。**降温速度以每小时下降 1℃ 为宜,体温降至肛温 32℃ ~ 34℃,腋温 31℃ ~ 33℃ 为理想。密切观察病人意识、瞳孔、生命体征和神经系统征象,若脉搏超过 100 次/分,收缩压低于 100mmHg,呼吸慢而不规则时,通知医生停用药物。冬眠的时间一般为 3~5 日。停止冬眠疗法时,应先停止物理降温,再停止药物滴入。

#### 2. 对症护理

(1) 有抽搐发作者,应给予抗癫痫药物治疗。对**头痛病人**,可遵医嘱应用镇痛剂,但**禁用吗啡和哌替啶**。

(2) 病人躁动时,在排除颅内高压进展、气道梗阻、排便困难等前提下,可遵医嘱给予镇静剂,切忌强制约束。

#### 3. 脑疝的急救与护理

保持呼吸道通畅并吸氧,快速静脉输入甘露醇、呋塞米(速尿)等脱水剂和利尿剂,密切观察病人呼吸、心跳及瞳孔的变化。紧急做好手术前准备,发生呼吸骤停者立即进行气管插管及辅助呼吸。

#### 4. 脑室引流的护理

脑室引流术是经颅骨钻孔或椎孔穿刺侧脑室放置引流管将脑脊液引流至体外从而降低颅内压的一种治疗和急救措施。其护理要点如下。

(1) 注意引流管的连接和位置:病人手术返回病房后,应在严格无菌操作下连接引流瓶(袋)并妥善固定。引流管开口要**高于侧脑室平面 10~15cm**,以维持正常的颅内压。**搬动病人时应将引流管暂时夹闭**,防止脑脊液反流引起逆行感染。

(2) 注意引流速度和量:正常脑脊液每日分泌 400~500mL,故每日引流量以不超过 500mL 为宜;颅内感染病人因脑脊液分泌增多,引流量可增加。每日引流过多、过快可引起颅内压骤降,导致意外发生。可适当抬高或降低引流瓶(袋)的位置,以控制流量和速度。

(3) 保持引流通畅:引流管不可受压、扭曲、成角及折叠;若引流管内不断有脑脊液流出,管内的液面随病人的呼吸、脉搏上下波动,表明引流管通畅;反之即为阻塞,可能的原因有:放入脑室过深过长,在脑室内折叠成角,处理方法是请医生将引流管向外拔出少许至有脑脊液流出后重新固定;管口吸附于脑室壁,处理方法是将引流管轻轻旋转,使管口离开至脑脊液流出;

若怀疑引流管被血凝块或组织阻塞,可在严格消毒管口后,用无菌注射器轻轻向外抽吸,但不可向管内注入生理盐水冲洗,以免管内阻塞物被冲至脑室狭窄处引起脑脊液循环受阻,必要时应更换引流管;颅内压低于 120~150mmH<sub>2</sub>O,引流管内可能无脑脊液流出,证实的方法是将引流瓶(袋)降低,再观察有无液体流出。

(4) 观察并记录脑脊液的颜色、量及性状:正常脑脊液无色透明。手术后 1~2 日可略呈血性,以后变淡并转为橙黄色。若脑脊液中有较多血液或血色逐渐加深,提示脑室内出血,要告知医生采取措施处理。感染后的脑脊液混浊,可有絮状物,同时病人有全身感染表现。引流时间一般不超过 5~7 日,否则有发生颅内感染可能。

(5) 严格遵守无菌操作原则,每日更换引流瓶(袋),应先夹闭引流管以免脑脊液逆流入脑室内。注意保持引流装置的无菌状态。

(6) 拔管:开颅手术后脑室引流管一般留置 3~4 日,待脑水肿逐渐消退,颅内压开始降低时,可考虑拔管。此前应试行抬高或夹闭引流管 24 小时,以了解脑脊液循环是否通畅,有无颅内压再次升高的表现。若病人出现头痛、呕吐等症状,要及时通知医生并降低引流(袋)或开放夹闭的引流管。拔管后若伤口处有脑脊液流出,应告知医生处理。

#### (四) 心理护理

及时发现病人的行为和心理异常,帮助其消除焦虑和恐惧,改善心理状态。帮助病人和家属消除因疾病带来的对生活的疑虑和不安,接受疾病带来的改变。

### 八、健康指导

(1) 介绍疾病有关的知识和治疗方法,指导病人学习和掌握康复的知识和技能。

(2) 防止剧烈咳嗽、便秘、负重等使颅压骤然增高的因素,以免发生脑疝。

(3) 颅脑手术后可能遗留神经系统功能的障碍,病人应遵循康复计划,循序渐进地进行多方面的训练,以最大程度恢复其生活能力。



#### 高考链接

(2013 年山东高考题) 急性颅内压增高患者早期生命体征表现为 ( )。

A. 脉搏快,呼吸急促

B. 脉搏快,血压低

C. 脉搏慢,呼吸慢,血压高

D. 脉搏慢,血压高

【分析】收缩压最先升高继而脉率减少,呼吸节律慢而不规则。生命体征改变因脑干受压所致,若不能及时治疗,颅内压将继续上升发生脑疝。

【答案】C



#### 反馈训练

1. 颅内压增高“三主征”是 ( )。

A. 血压升高、脉缓有力、呼吸深慢

B. 眩晕、呕吐、共济失调

C. 头痛、呕吐、视神经盘水肿

D. 昏迷、一侧瞳孔散大、对侧肢体痉挛性瘫痪

2. 对颅内高压病人的处理错误的是 ( )。

A. 密切观察病情变化

B. 保持出入量平衡

C. 保持大便通畅

D. 呼吸不畅可气管切开

3. 对颅内高压病人行脱水治疗时,20%甘露醇 250mL 静脉滴注的时间是 ( )。

A. 5~14 分钟

B. 15~30 分钟

C. 31~45 分钟

D. 46~60 分钟

4. 急性颅内高压早期生命体征改变的特点是 ( )。

A. 血压升高,脉搏慢,呼吸慢

B. 血压下降,脉搏细速

C. 血压升高,呼吸不规则

D. 血压升高,脉搏加快

5. 颅内压增高昏迷病人,治疗呼吸道梗阻最有效的措施是 ( )。

A. 通过鼻腔,口腔吸痰

B. 气管切开

C. 鼻腔置管,氧气吸入

D. 从口腔行气管插管

6. 关于颅内压增高的临床表现,下列不正确的是 ( )。

A. 喷射性呕吐多见

B. 后期常伴有视力障碍

C. 阵发性头痛是主要症状之一

D. 在婴幼儿头痛出现较早且较重



7. 降低颅内高压最有效而易行的方法是 ( )。
- A. 腰椎穿刺大量引流脑脊液      B. 施行人工冬眠低温  
C. 进行控制性过度换气      D. 使用脱水剂或利尿剂
8. 对颅内压增高病人的一般处理中, 下列错误的是 ( )。
- A. 注意观察意识、瞳孔、血压、脉搏及呼吸等变化  
B. 频繁呕吐时, 予以禁食  
C. 意识不清及咳痰困难者作气管切开  
D. 作高位灌肠以疏通大便
9. 颅内压增高危象(脑疝)抢救中, 禁忌 ( )。
- A. 脑室穿刺引流脑脊液      B. 尽快去除病因  
C. 甘露醇静脉滴注      D. 腰穿引流脑脊液
10. 颅内压增高病人, 腰椎穿刺放脑脊液后突然呼吸停止, 这由于诱发了 ( )。
- A. 小脑扁桃体疝      B. 颞叶海马钩回疝  
C. 脑室系统出血      D. 脑肿瘤继发出血
11. 颅内高压危象是指 ( )。
- A. 脑组织在颅内移      B. 血管源性脑水肿  
C. 脑血管自动调节功能丧失      D. 弥漫性颅内压增高
12. 颅内压持续增高可导致下列病理生理变化, 其中错误的是 ( )。
- A. 脑血管自动调节功能失效  
B. 脑水肿  
C. 胃及十二指肠出血, 溃疡穿孔  
D. 早期血压降低, 脉搏变快, 脉压变小, 呼吸增快

## 二、简答题

1. 简述颅内压增高的“三主征”。
2. 颅内压升高实行脱水疗法, 如何护理?

## 第四节 颅脑外伤病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握颅脑外伤的常见病因、护理评估和护理措施。
2. 理解颅脑外伤的发病机制、护理要点及护理诊断。



### 知识梳理

#### 一、概述

颅脑损伤分为头皮损伤、颅骨骨折和脑损伤, 三者可单独或合并存在。其发生率仅次于四肢

损伤,常见于交通、工矿事故、坠落、跌倒、钝器和锐器等直接或间接暴力对头颅的伤害。对预后起决定作用的是脑损伤的程度和处理结果。

## 二、头皮损伤

头皮损伤在颅脑损伤中最常见,可分为头皮血肿、头皮裂伤、头皮撕脱伤。单纯头皮损伤一般不会引起严重后果,但头皮损伤部位常是着力部位,对判断脑损伤的部位十分重要,头皮血供丰富,伤后易失血,甚至导致休克。头皮分5层,如图4-4所示。

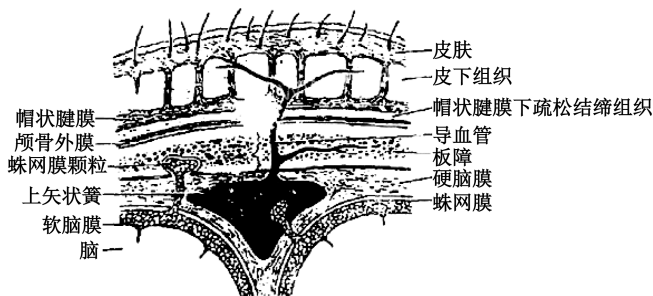


图 4-4 头皮分层示意图

### (一) 护理评估

#### 1. 健康史

头皮损伤由直接外力所致。应了解病人受伤的方式和致伤物的种类,因可能合并有其他脑损伤,要询问病人受伤后的意识状况和有无其他不适。

#### 2. 身体状况

(1) 头皮血肿。多因钝器伤所致,使头皮内血管破裂,而头皮仍保持完整,形成血肿。

皮下血肿:血肿位于皮肤表皮层和帽状腱膜层之间,因受皮下纤维隔限制,血肿体积小,张力高,压痛明显。

帽状腱膜下血肿:位于帽状腱膜层与骨膜层之间,出血弥散在疏松结缔组织层内,血肿较大,易于扩散,触之较软,有明显波动感。

骨膜下血肿:血肿也较大,但不超越颅缝,张力较高,可有波动,应注意是否伴颅骨骨折。

(2) 头皮裂伤。多因钝性及锐器打击所致,为规则或不规则裂伤,出血较多,可致休克。

(3) 头皮撕脱伤。**是最严重的头皮损伤**。多因发辫受机械牵拉,大块头皮自帽状腱膜下层或连同骨膜一起被撕脱所致。伤后失血多,易发生休克,应及时处理。

### (二) 治疗原则

较小的头皮血肿一般在1~2周可自行吸收,早期可予冷敷;血肿较大者可在无菌操作下穿刺抽吸后加压包扎。头皮裂伤要争取在24小时内清创缝合。头皮撕脱伤除紧急加压包扎、防治休克外,要保留好撕脱的头皮,争取尽早清创植皮。

### (三) 常见护理诊断/问题

(1) 组织完整性受损:与头皮损伤有关。

(2) 潜在并发症:感染、休克。

### (四) 护理措施

(1) 病情观察:密切观察病人血压、脉搏、呼吸、瞳孔和神志变化;注意有无脑损伤和颅内

压增高的发生。

- (2) 伤口护理：注意创面有无渗血，有无疼痛，保持敷料干燥清洁，保持引流通畅。
- (3) 预防感染：遵医嘱给予抗生素和破伤风抗毒素；观察有无全身和局部感染表现。

### 三、颅骨骨折

颅骨骨折的临床意义并不在骨折本身，而是骨折可能同时并发的脑膜、脑、颅内血管和脑神经损伤。按骨折部位分为颅盖骨折和颅底骨折；按骨折是否与外界相通分为开放性和闭合性骨折；按骨折形态分为线形骨折和凹陷性骨折。

#### (一) 护理评估

##### 1. 健康史

询问病人受伤的过程，如暴力的方式、部位、大小、方向，当时有无意识障碍及口鼻流血、流液等情况，初步判断有无脑损伤和其他损伤。

##### 2. 身体状况

(1) 颅盖骨折常合并有头皮损伤。若骨折片陷入颅内则可导致脑损伤，出现相应的症状和体征；若引起颅内血肿，则可出现颅内压增高症状。

(2) 颅底骨折多因间接暴力作用于颅底所致，常伴有硬脑膜破裂，引起脑脊液漏而确诊。主要表现为皮下和粘膜下瘀斑、脑脊液外漏和脑神经损伤 3 个方面，如表 4-4 所示。

表 4-4 颅底骨折的临床表现

骨折部位	瘀斑部位	脑脊液漏	可能损伤的脑神经
颅前窝	眶周、球结膜下（熊猫眼征）	鼻漏	嗅神经、视神经
颅中窝	乳突区	鼻漏或耳漏	面神经、听神经
颅后窝	乳突和枕下部（Battle 征）	无	第 IX ~ XI 对脑神经

#### (二) 辅助检查

颅骨 X 线片和 CT 检查，可明确骨折的部位和性质。

#### (三) 治疗原则

颅盖线形骨折一般不需特殊处理；凹陷性骨折，如有脑组织受压症状或凹陷直径大于 5cm，深度达 1cm 者，应予手术整复。颅底骨折脑脊液漏超过 1 个月时，应予手术修补硬脑膜。开放性骨折应予抗生素预防感染。

#### (四) 常见护理诊断/问题

- (1) 有感染的危险：与脑脊液外漏有关。
- (2) 潜在并发症：颅内出血、颅内压增高、颅内低压综合征等。

#### (五) 护理措施

##### 1. 病情观察

密切观察病人的意识状态、瞳孔、生命体征、肢体活动等颅内压增高的症状。

##### 2. 脑脊液外漏的护理

**护理的重点是防止因脑脊液逆行导致颅内感染。**

(1) 嘱病人采取半卧位，头偏向患侧，借重力作用使脑组织向颅底移动，促进漏口封闭，维持至停止漏液后 3~5 日。

(2) 保持外耳道、鼻腔、口腔清洁，每日 2~3 次清洁消毒。

(3) **严禁堵塞鼻腔和外耳道**；禁止耳、鼻滴药，冲洗，严禁经鼻腔吸氧、吸痰和放置胃管；**禁忌做腰椎穿刺。**

(4) 避免用力打喷嚏、擤鼻涕、咳嗽、用力排便，以防止脑脊液逆流。

(5) 观察和记录脑脊液出量、颜色及性状。

(6) 注意观察有无颅内感染征象，遵医嘱使用抗生素和破伤风抗毒素。

### 3. 心理护理

向病人介绍病情、治疗方法和注意事项，以取得配合，消除其紧张情绪。

## 四、脑损伤

脑损伤是指脑膜、脑组织、脑血管及脑神经在受到外力作用后发生的损伤。

### (一) 病因及分类

根据伤后脑组织与外界是否相通，将脑损伤分为开放性和闭合性两类。前者多由锐器和火器直接造成，伴有头皮裂伤。颅骨骨折和硬脑膜破裂，有脑脊液漏；后者多由间接暴力或头部接触钝性物体所致，脑膜完整，无脑脊液漏。根据脑损伤机制及病理改变，分为原发性和继发性两类。前者指暴力作用后立即发生的脑损伤，如脑震荡、脑挫裂伤；后者是指受伤一定时间后出现的脑损害，包括脑水肿和颅内血肿等。

### (二) 护理评估

#### 1. 健康史

详细了解病人的受伤经过，如暴力的性质、大小、方向及速度；了解其身体状况，有无意识障碍及程度和持续时间，有无头痛、恶心、呕吐、抽搐、大小便失禁和肢体瘫痪等。了解现场急救情况，既往健康状况。

#### 2. 身体状况

##### 1) 脑震荡

脑震荡为一过性脑功能障碍，伤后立即出现短暂的意识障碍，**一般不超过 30 分钟**。同时伴有面色苍白、出冷汗、血压下降、脉搏缓慢、呼吸浅慢、肌张力降低等各种生理反射迟钝。清醒后，大多不能回忆受伤当时和伤前近期的情况，称**逆行性遗忘**。常伴有头痛、头晕、恶心、呕吐等症状。神经系统检查无阳性体征，脑脊液化验无异常，头部 CT 无阳性发现。

##### 2) 脑挫裂伤

脑挫裂伤为脑实质的损伤，包括脑挫伤、脑裂伤，两者常并存。因受伤部位不同临床表现差异较大。

(1) **意识障碍：为最突出的临床表现**，伤后立即出现，其程度和持续时间与脑挫裂伤的程度、范围有关，**多数在 30 分钟以上**。严重者可长期昏迷。

(2) **局灶症状与体征**：受伤时立即出现与受伤部位相应的神经功能障碍和体征，如语言中枢受损出现失语，运动中枢受损出现对侧肢体瘫痪等。

(3) **生命体征改变**：由于脑水肿和颅内压增高，早期可出现血压升高、脉搏徐缓、呼吸深慢，严重者可致呼吸、循环功能衰竭。

(4) **头痛、呕吐**：颅内压增高或蛛网膜下隙出血时，病人可出现剧烈头痛、呕吐等症状。若病人出现颈项强直、病理反射阳性，脑脊液检查有红细胞，提示有脑膜刺激征发生。

#### 3) 颅内血肿

颅内血肿是颅脑损伤中最常见、最危险的继发性病变。如不及时处理，其引起的颅内压增高

及脑疝往往可危及病人的生命。根据血肿的来源和部位分为硬脑膜外血肿、硬脑膜下血肿和脑内血肿。根据血肿引起颅内压增高及出现症状的时间分为急性型(3日内)、亚急性型(3日至3周)、慢性型(3周以上)。

(1) 硬脑膜外血肿(图4-5): 约占外伤性颅内血肿的30%, 大多属于急性型。出血积聚于颅骨与硬脑膜之间, 与颅骨损伤致脑膜中动脉及分支破裂出血有密切关系。**其典型临床表现是在原发性意识障碍后有一段中间清醒期**, 然后再度意识障碍, 并逐渐加重。如原发性脑损伤较重或血肿形成较迅速, 也可能不出现中间清醒期而表现为伤后持续昏迷并进行性加重, 少数病人也可无原发性昏迷, 而在血肿形成后出现昏迷。病变发展可有颅内压增高及血肿压迫所致的神经局灶症状和体征, 甚至有脑疝表现。



图4-5 CT, 硬脑膜外血肿

(2) 硬脑膜下血肿(图4-6): 约占外伤性颅内血肿的40%, 多属于急性或亚急性型。出血积聚在硬脑膜下隙, 多因对冲性脑挫裂伤导致脑皮质血管破裂所致。因多数与脑挫裂伤和脑水肿同时存在, 故伤后持续性昏迷且进行性加重。较早出现颅内压增高和脑疝症状。

(3) 脑内血肿: 比较少见, 发生在脑实质内, 常与硬脑膜下血肿共存。临床表现与脑挫裂伤和急性硬脑膜下血肿类似, 以进行性加重的意识障碍为主要表现, 若血肿累及重要脑功能区, 可出现偏瘫、失语、癫痫等症状。

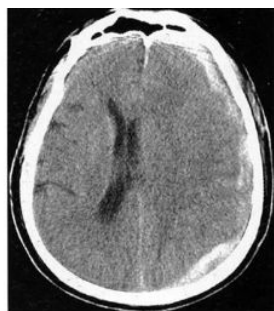


图4-6 急性硬膜下血肿

### 3. 心理-社会状况

因脑损伤多有不同程度的意识障碍和肢体功能障碍, 故病人清醒后对脑损伤及其功能的恢复有较重的心理负担, 常表现为焦虑、悲观、恐惧等; 病人意识和智力的障碍也可使家属产生不良的心理反应; 此外, 家庭对病人的支持程度和经济能力也影响着病人的心理状态。

### （三）辅助检查

X 线平片、CT、MRI 能清楚显示颅骨骨折，脑挫裂伤，颅内血肿的部位、范围和程度。

### （四）治疗原则

脑震荡无须特殊治疗，一般卧床休息 1~2 周，适当予以镇静、镇痛等对症处理，预后良好。脑挫裂伤的处理包括：卧床休息，保持呼吸道通畅，给予营养支持及维持水、电解质和酸碱平衡；防治脑水肿，对症处理等；重度脑挫裂伤在颅内压增高明显时应做脑减压术或局部病灶清除术。颅内血肿确诊后可采取钻孔置管引流术或开颅清除血肿。

### （五）常见护理诊断

- （1）急性意识障碍：与脑损伤、颅内压增高有关。
- （2）清理呼吸道无效：与意识障碍，不能有效排痰有关。
- （3）营养失调：低于机体需要量，与伤后进食障碍及高代谢状态有关。
- （4）潜在并发症：颅内压增高、脑疝、感染、外伤性癫痫、压疮及肌肉萎缩等。

### （六）护理措施

#### 1. 急救护理

（1）妥善处理伤口。开放性颅脑损伤应剪短伤口周围头发，伤口局部不清洗、不用药，用无菌纱布保护外露的脑组织以避免受压。应遵医嘱尽早应用抗生素和破伤风抗毒素。

（2）防治休克。有休克征象者应积极补充血容量并查明有无其他部位的损伤和出血，如多发性骨折、内脏破裂等，及时做好手术前准备。

（3）做好护理记录。记录受伤经过，异常表现及处理经过；生命体征、意识、瞳孔及肢体活动等。

#### 2. 一般护理

（1）体位。**抬高床头  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，以利于脑静脉回流，减轻脑水肿。**昏迷病人应采取患侧卧位或侧俯卧位，以利于口腔内分泌物的排出和防止呕吐物和分泌物误吸。

（2）保持呼吸道通畅。颅脑损伤病人有意识障碍，丧失了正常咳嗽反射和吞咽功能，呼吸道分泌物不能有效排出，舌后坠等可引起严重的呼吸道梗阻。因此，必须及时有效地清除口咽部的血块、呕吐物和分泌物；病人取侧卧位，定时吸痰，痰液粘稠时要给予雾化吸入以稀释痰液；必要时置口咽通气管，或行气管切开术和人工辅助呼吸。

（3）营养支持。无法进食的病人应及早采用胃肠外营养，从静脉补充葡萄糖、氨基酸、脂肪乳剂、维生素等。待肠蠕动恢复后，可采用鼻胃管补充营养。要定期评估病人的营养状况，如体重、氮平衡、血浆蛋白、血糖和电解质，以及时调整营养供给量和配方。

（4）做好基础护理。加强皮肤护理，定时翻身，预防压疮；保持四肢关节功能位，每日做四肢活动及肌肉按摩；留置导尿时，要定时消毒尿道口；防止便秘可给予缓泻剂，禁忌高压灌肠，以免诱发颅内压增高。

#### 3. 病情观察

病情观察是颅脑损伤病人护理的重要内容，目的是观察病情变化及治疗效果，及时发现和处理继发性病变。

#### 4. 治疗配合

治疗配合的具体措施有：遵医嘱应用脱水剂、糖皮质激素、亚低温冬眠疗法等措施降低颅内压；应用抗生素防治颅内感染；对癫痫病人应掌握其发作先兆，做好预防措施，如采用护栏、床头放枕头，遵医嘱按时给予抗癫痫药物以预防发生，发作时应专人护理，用牙垫防止舌

咬伤,及时吸出气管内分泌物,保持呼吸通畅; 昏迷者按昏迷常规护理,眼睑不能闭合者涂眼膏,预防角膜炎或角膜溃疡; 高热病人,注意降温,常用方法有物理降温,如头部冰帽、大血管处置冰袋等,如物理降温无效,可遵医嘱给予亚低温冬眠疗法; 做好手术病人术前常规准备,术后脑室引流者,注意妥善固定、无菌操作、保持通畅,定时观察记录。

#### 5. 心理护理

对于在疾病恢复过程中产生的症状,给予适当的解释和安慰;鼓励病人树立战胜疾病的信心和勇气。

#### (七) 健康指导

脑损伤后遗留的语言、智力或运动功能障碍,通过康复训练在伤后 1~2 年内有部分恢复的可能。协助制订康复计划,鼓励病人尽早开始康复训练,如语言、运动等方面的功能锻炼;耐心指导,以改善生活自理的能力和社会适应能力。



### 高考链接

【例 1】(2011 年高考题)急性硬脑膜外血肿的典型意识改变是( )。

- A. 昏迷—清醒—昏迷
- B. 昏迷时浅时深
- C. 持续昏迷状态
- D. 嗜睡

【分析】本题考查急性硬脑膜外血肿的典型表现。

【答案】A

【例 2】(2012 年高考题)颅底骨折有脑脊液耳漏时,错误的处理是( )。

- A. 忌腰穿
- B. 应用抗生素
- C. 消毒后棉球堵塞
- D. 抬高床头 15°

【分析】本题考查脑脊液漏的处理措施。

【答案】C

【例 3】(2013 年高考题)颅脑手术后患者头部卧于健侧主要是为了防止( )。

- A. 诱发脑疝
- B. 引发呕吐
- C. 出现头晕
- D. 出现晕厥

【分析】本题考查颅脑术后处理措施及脑疝的形成条件。

【答案】A

【例 4】(2013 年高考题)下列表现不属于脑震荡的是( )。

- A. 清醒后常用逆行性遗忘
- B. 神经系统检查无阳性体征
- C. 可能出现头痛、头晕、恶心、呕吐等症状
- D. 伤后立即出现神志不清,一般持续超过 30 分钟

【分析】本题考查脑震荡的临床表现。意识障碍的时间应该不超过 30 分钟。

【答案】D

【例 5】(2011 年高考题)患者,女性,35 岁。不小心坠楼摔伤头部,诉头痛、头晕伴视物模糊来院就诊。检查生命体征无异常,眶周青紫、肿胀,球结膜下充血,鼻孔有血性液体流出,X 线检查未见明显异常。

请回答:(1)该患者首先考虑哪种颅底骨折。

(2)该患者可能损伤的颅神经。

(3)对该患者进行护理的重点及护理禁忌。

【分析】本题考查颅底骨折的临床表现及处理措施。

【答案】(1) 颅前窝骨折。

(2) 嗅神经、视神经。

(3) 处理重点：预防行性颅内感染。

护理禁忌：禁忌堵塞鼻腔及通过鼻腔冲洗、滴药、吸氧等；避免用力咳嗽、打喷嚏、用力排便等间接致颅内压增高的情况出现；禁忌腰椎穿刺。



## 反馈训练

### 一、选择题

- 缓慢出现的乳突区皮下淤血（Battle 征）将提示（ ）。  
A. 幕上压力增加 B. 颅中窝骨折 C. 脑裂伤 D. 颅底骨折
- 头部外伤后从头皮触到波动，常常是由于（ ）。  
A. 皮下血肿 B. 帽状腱膜下血肿 C. 皮下积液 D. 皮下积脓
- 头皮撕脱，骨衣保存，无法进行血管吻合时，应争取做到（ ）。  
A. 将撕脱的头皮清洗，灭菌后原位缝合  
B. 去掉皮下脂肪，做全厚或中厚皮片再植  
C. 在颅骨上做游离植皮  
D. 在颅骨上钻孔至板障等待肉芽新生后植皮
- 开放性颅脑外伤的急救处理首先是（ ）。  
A. 立即转院 B. 输血输液 C. 清创缝合 D. 止血包扎
- 诊断颅底骨折最可靠的依据是（ ）。  
A. 脑电图检查 B. 头颅 X 光照片 C. 临床表现 D. 头部外伤史
- 颅底骨折后，颅神经损伤中最多见的是（ ）。  
A. 视神经 B. 嗅神经 C. 面神经 D. 三叉神经
- 头部外伤后短暂失神，头皮完整，脑脊液鼻漏，以下说法最正确的是（ ）。  
A. 不一定有脑震荡 B. 颅骨 X 光片能确诊  
C. 应立即手术修补漏道 D. 属于开放性颅脑损伤
- 关于颅底骨折脑脊液漏的治疗，以下正确的是（ ）。  
A. 均不必手术  
B. 定期腰穿引流带血的脑脊液  
C. 用脱水剂比床头抬高更有利  
D. 1 个月不愈合或反复出现颅内感染者应手术修补
- 治疗颅底骨折脑脊液漏，以下方案错误的是（ ）。  
A. 绝对卧床休息 B. 镇静、止痛、消炎  
C. 防止上呼吸道感染 D. 清洗后将漏液的鼻孔或外耳道填塞
- 颅脑外伤后，诊断急性脑受压最可靠的早期临床表现是（ ）。  
A. 头痛呕吐，进行性意识障碍 B. 定位体征  
C. 癫痫发作 D. 血压脉搏及呼吸的异常变化



11. 闭合性颅脑外伤, 最常引起急性脑受压的病变是( )。
- A. 颅底骨折      B. 脑挫裂伤      C. 颅内血肿      D. 蛛网膜下腔出血
12. 闭合性颅脑外伤的早期治疗特点是( )。
- A. 控制入水量, 纠正水、电解质平衡失调
- B. 及时防治脑水肿和颅内血肿
- C. 防治癫痫
- D. 防治休克
13. 某人从汽车上跌下, 左枕部着地, 进行性意识障碍, 随后右侧瞳孔散大, 手术中应重点探查( )。
- A. 右侧急性硬脑膜外血肿
- B. 右额、颞极底面挫伤和急性硬脑膜下血肿
- C. 左侧顶枕部挫伤
- D. 丘脑下方损伤
14. 外伤性颅内血肿的致命影响是( )。
- A. 脑脊液循环受阻      B. 弥漫性脑水肿
- C. 急性脑受压 脑疝 脑危象      D. 蛛网膜下腔出血
15. 颅脑外伤后, 手术疗效最好的急性脑受压是( )。
- A. 急性脑水肿      B. 脑内血肿
- C. 急性硬脑膜下血肿      D. 急性硬脑膜外血肿
16. 外伤后急性硬脑膜外血肿者, 最典型的意识障碍是( )。
- A. 持续性昏迷加深      B. 迟发性昏迷
- C. 昏迷 清醒 昏迷      D. 早期清醒 昏迷
17. 外伤后幕上急性硬脑膜外血肿的临床表现中, 下列情况很少见的是( )。
- A. 意识变化常在瞳孔变化之前
- B. 血压升高脉搏变慢, 可随意识障碍同时出现
- C. 呼吸不规则常在意识变化之前出现
- D. 血压下降, 脉搏细数常在双侧瞳孔散大之后出现
18. 小脑幕上急性硬膜外血肿的典型临床表现是( )。
- A. 进行性意识障碍 血压升高, 脉搏变慢 瞳孔不等大
- B. 患侧瞳孔散大 意识障碍 呼吸变慢脉搏变快, 血压上升
- C. 出现定位体征 瞳孔不等大 意识障碍
- D. 双侧瞳孔同时散大 心率变慢, 血压下降
19. 诊断外伤后急性颅内血肿, 目前国内外最新的方法是( )。
- A. 头颅 X 光平片      B. 脑超声波      C. 脑血管造影      D. 颅脑 CT
20. 对重症颅脑外伤病人的急救, 首先应该做到( )。
- A. 检查神志、瞳孔      B. 应用脱水剂
- C. 测量呼吸、脉搏、血压      D. 保证呼吸道通畅
21. 颅脑外伤后病人烦躁不安, 血压偏低, 下列药物不应该使用的是( )。
- A. 水合氯醛      B. 安定      C. 苯巴比妥钠      D. 杜冷丁

22. 引起急性硬脑膜外血肿最常见的原因是 ( )。
- A. 颅骨板障静脉出血                      B. 大脑中动脉出血  
C. 脑膜中动脉破裂                      D. 静脉窦的破损
23. 颅脑外伤后鼻饲对 ( ) 不合适。
- A. 脑挫裂伤后长期昏迷                      B. 脑干损伤, 吞咽困难者  
C. 已有气管切开的病人                      D. 颅底骨折后并脑脊液鼻漏的病人
24. 观察颅脑损伤病人, 下述对决定手术定侧有指导意义的是 ( )。
- A. 双侧瞳孔缩小                      B. 昏迷不醒  
C. 早期出现偏瘫                      D. 一侧瞳孔散大, 光反应消失
25. 抢救颅内血肿病人最重要的措施是 ( )。
- A. 穿刺脑室放出脑脊液                      B. 快速输血  
C. 静脉内快速滴注甘露醇                      D. 及时施行手术, 清除血肿, 进行止血
26. 急性外伤性颅内血肿, 右侧瞳孔已散大, 抢救过程中应首先 ( )。
- A. 头颅 CT 扫描, 明确血肿部位  
B. 20%甘露醇 250mL, 快速静脉滴注  
C. 钻孔探查, 寻找血肿  
D. 急诊行右颞肌下减压
27. 开放性颅脑损伤是指 ( )。
- A. 头皮破裂与颅骨线形骨折                      B. 头皮破裂与颅骨粉碎骨折  
C. 头皮破裂与颅骨凹陷骨折                      D. 头皮、颅骨与硬脑膜均破裂
28. 头部外伤后短暂神志丧失, 头皮完整伴脑脊液鼻漏, 以下意见最正确的是 ( )。
- A. 不会有急性脑受压                      B. 应立即手术修补漏道  
C. 属于开放性脑外伤                      D. 不一定有脑震荡
29. 下列不属于开放性颅脑损伤的临床特点的是 ( )。
- A. 原发性意识障碍轻微  
B. 去大脑强直  
C. 脑局部损伤较重, 颅内压增高症状较轻  
D. 易发生颅内感染
30. 处理开放性颅脑损伤最重要的原则是 ( )。
- A. 如无专科条件, 立即转院                      B. 输血、输液  
C. 镇静、止痛                      D. 止血、清创, 变开放性为闭合性脑外伤
31. 开放性颅脑损伤清创术中最重要的处理原则是 ( )。
- A. 清除颅内金属异物                      B. 充分修剪创缘皮肤  
C. 严密缝合或修补硬脑膜                      D. 及时应用广谱抗生素
32. 关于开放性颅脑损伤的手术治疗, 不正确的是 ( )。
- A. 清创争取在伤后 6 小时内施行  
B. 经抗生素治疗的可延迟到伤后 72 小时  
C. 必须严密缝合或修补硬脑膜  
D. 如有颅骨缺损, 应在清创时加以修补

33. 开放性颅脑损伤在抗生素治疗下,清创术最迟可延迟至以( )内进行。  
A. 12 小时      B. 24 小时      C. 36 小时      D. 72 小时
34. 对开放性颅脑损伤,预防伤口和颅内感染的关键措施是( )。  
A. 严密观察病情变化      B. 应用广谱抗生素  
C. 理疗,改善局部血液循环      D. 早期施行清创术
35. 关于头皮裂伤,错误的是( )。  
A. 钝性撞击不会发生裂伤  
B. 急救时应立即加压包扎止血  
C. 头皮缺损应予修补  
D. 清创后以采用分层缝合较好
36. 头皮撕脱伤时处理最常用( )。  
A. 将撕脱头皮还回缝合      B. 做成全厚皮片重新植回  
C. 做成中厚皮片重新植回      D. 头皮小血管吻合再植
37. 帽状腱膜下血肿常是( )。  
A. 比较局限      B. 广泛而硬      C. 周围软,中央硬      D. 广泛且有波动感
38. 全头型帽状腱膜下血肿,首选的治疗措施是( )。  
A. 加压包扎、静脉滴注止血药物      B. 穿刺抽血、静脉滴注止血药物  
C. 切开引流和加压包扎      D. 穿刺抽血和加压包扎
39. 损伤性颅骨骨膜下血肿的表现是( )。  
A. 血肿通常体积较小或很大      B. 血肿位于帽状腱膜下层  
C. 血肿内的血来自静脉窦      D. 血肿常局限于该颅骨范围内
40. 闭合性颅盖骨折诊断主要依靠( )。  
A. 头皮肿胀有波动      B. 出现神经压迫体征  
C. 触诊局部有凹陷感      D. X 线平片
41. 单纯闭合性颅盖线形骨折的治疗原则是( )。  
A. 手术复位      B. 清除碎骨  
C. 手术钢丝固定      D. 不需特殊处理
42. 头部跌伤后一侧瞳孔立即散大,上眼睑下垂,病人神志始终清楚。拟诊( )。  
A. 视神经损伤      B. 中脑损伤  
C. 动眼神经损伤      D. 交感神经损伤
43. 颅中窝骨折最易损伤( )。  
A. 动眼神经      B. 视神经      C. 迷走神经      D. 面神经
44. 外伤后有血液及脑脊液由鼻腔外流时,应采取的处理措施是( )。  
A. 鼻腔填塞压迫止血      B. 鼻腔冲洗  
C. 给予抗生素治疗      D. 头低位以利引流
45. 脑震荡诊断的重要依据是( )。  
A. 头皮擦挫伤痕      B. 颅骨骨折  
C. 头痛、头晕、恶心呕吐      D. 短暂昏迷和逆行性遗忘
46. 小脑幕切迹疝出现意识障碍,其损害部位是( )。

- A. 大脑皮质      B. 丘脑      C. 中脑      D. 脑桥
47. 脑干损伤的瞳孔变化特点是( )。
- A. 伤后一侧瞳孔立即散大      B. 一侧瞳孔进行性散大  
C. 双侧瞳孔大小多变      D. 双侧瞳孔散大
48. 小脑幕切迹疝的瞳孔变化特点是( )。
- A. 伤后一侧瞳孔立即散大      B. 同侧瞳孔进行性散大  
C. 双侧瞳孔大小多变      D. 对侧瞳孔散大
49. 颅脑损伤病人取床头抬高卧位的主要作用是( )。
- A. 减轻颅内出血      B. 减轻脑水肿  
C. 减轻头痛      D. 防止呕吐误吸
50. 脑干损伤时瞳孔变化的特征是( )。
- A. 双侧瞳孔散大, 固定      B. 一侧瞳孔散大, 对光反应消失  
C. 一侧瞳孔缩小, 对光反应迟钝      D. 两侧瞳孔大小多变, 不等圆
51. 脑震荡的处理原则是( )。
- A. 对症处理      B. 脱水疗法      C. 急诊手术      D. 防治休克
52. 颅脑损伤病人每日输液量一般限制于( )。
- A. 500 ~ 800mL      B. 800 ~ 1000mL      C. 1000 ~ 2000mL      D. 2000 ~ 2500mL
53. 脑脊液漏病人为了防止颅内感染, 下列措施不妥的是( )。
- A. 每日两次清洁、消毒外耳道、鼻腔      B. 避免用力咳嗽、打喷嚏、擤鼻涕  
C. 鼻漏者禁止从鼻腔吸痰或置胃管      D. 为防止感染, 可向耳、鼻内滴药水
54. 小脑幕切迹疝引起脑危象的主要原因是( )。
- A. 严重脑缺氧      B. 严重脑水肿  
C. 中脑受压与脑脊液循环通路受阻      D. 呼吸循环衰竭
55. 小脑幕切迹疝的主要临床表现是( )。
- A. 血压上升, 脉缓, 呼吸不规则  
B. 癫痫大发作  
C. 腰部压力增高  
D. 头痛呕吐意识障碍, 患侧瞳孔散大, 对侧肢体瘫痪及病理反射阳性
56. 枕骨大孔疝最后导致( )。
- A. 颅内压增高      B. 硬脑膜下血肿  
C. 小脑挫裂伤      D. 呼吸、循环中枢损害
57. 抢救枕骨大孔疝(脑室系统扩大者)最有效的急救措施首选( )。
- A. 20%甘露醇 250mL 快速静滴  
B. 尽快行去骨瓣减压术  
C. 快速颅骨钻孔穿刺侧脑室行脑脊液外引流术  
D. 快速静滴地塞米松 20mg

## 二、简答题

1. 简述脑室引流患者如何护理。
2. 颅底骨折并脑脊液漏时, 应如何预防颅内感染?

### 三、综合论述题

患者，男，28岁，2小时前骑摩托车时被汽车撞伤头部，当时昏迷约半小时，呕吐1次为胃内容物，醒后感头痛、恶心，急送来院，CT示右颞部一弓形高密度影。入院后4小时患者意识逐渐模糊，呼之不应，右侧瞳孔散大，对光反应消失，血压160/100mmHg，脉搏96次/分，呼吸28次/分。

- (1) 该患者的医疗诊断是什么？
- (2) 护理应采取哪些措施？
- (3) 写出该病拟行手术名称。
- (4) 写出5个护理诊断。

## 第五章

# 创 伤

## 第一节 机械性损伤病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握机械性损伤的原因、护理评估及护理措施。
2. 理解损伤、机械性损伤的概念、分类及护理诊断。
3. 了解伤口修复过程及影响因素。



### 知识梳理

#### 一、损伤的概述

损伤 (injury) 是指各种致伤因素作用于人体所造成的组织结构完整性破坏或功能障碍及所引起的局部和全身反应。

##### (一) 病因分类

按损伤的原因不同, 通常分为 4 类。

(1) 机械性损伤: 指锐器切割、钝器打击、重物挤压、跌、撞、火器等机械性因素所致的损伤, 通常又称创伤。

(2) 物理性损伤: 因高温、冷冻、电流、激光、放射线等物理性因素所致的损伤。

(3) 化学性损伤: 由强酸、强碱、毒气等化学性因素所致的损伤。

(4) 生物性损伤: 机体遭受毒蛇、犬、猫、昆虫等咬、抓、螫伤等生物性因素后所产生的损伤。

##### (二) 伤口修复过程及影响因素

###### 1. 修复过程

伤口修复基本分为 3 个阶段。炎症反应: 3~5 日。损伤后伤口局部组织出现炎症反应, 组织缺损部位先被血凝块填充, 继而成纤维细胞和血管内皮细胞增生, 沿血凝块内纤维蛋白网生长。组织增生和肉芽形成: 新生的毛细血管与成纤维细胞共同构成肉芽组织, 充填伤口, 肉芽组织最终变为以胶原纤维为主的瘢痕组织。这个过程需 1~2 周。组织塑形: 经多种酶的作用, 过多的胶原纤维被分解、吸收, 局部组织软化, 以适应功能上的需要。此期约需 1 年。

###### 2. 影响伤口愈合的因素

(1) 局部因素: 伤口感染是最常见的影响因素。其他如创伤范围大、坏死组织多、异物存留、

局部血液循环障碍、伤口引流不畅、伤口位于关节处、局部制动不足、包扎或缝合过紧等也不利于伤口愈合。

(2) 全身性因素：主要影响因素有老年、营养不良、大量使用细胞增生抑制剂（如皮质激素和抗癌药等）。合并有糖尿病、结核、恶性肿瘤等慢性疾病及出现全身严重并发症（如多器官功能不全）时，伤口愈合也常延迟。

### 3. 伤口愈合的类型

伤口愈合分两类。一期愈合：组织修复以原来的细胞为主，愈合快，愈合后仅留有线状瘢痕。见于组织缺损少、创缘整齐、无感染、经粘合或缝合后创面对合严密的伤口。二期愈合：以纤维组织修复为主，愈合时间较长，形成的瘢痕较大。见于组织缺损范围大、坏死组织多、创缘不整齐或伴有感染的伤口。

## 二、机械性损伤

机械性损伤是指锐器切割、重力挤压、钝器打击、跌、撞、火器枪弹伤等各种形式的机械性因素作用于人体所致的创伤。多因交通或工伤事故、斗殴、自然灾害或战伤等引起，其发病率、致残率均较高。

根据受伤时皮肤和粘膜是否完整，机械性损伤可分为两类。

### 1. 闭合性损伤

损伤处皮肤或粘膜保持完整，多由钝性暴力所致。常见的有以下几种。

(1) 挫伤：因钝力碰撞、挫压、挤捏等所致皮下软组织损伤，常发生水肿、出血、结缔组织或肌纤维断裂。头、胸、腹部挫伤可能合并深部器官损伤。

(2) 扭伤：因旋转、牵拉或肌肉猛烈而不协调的收缩等暴力，使关节突然发生超出生理范围的活动，造成肌肉、肌腱、韧带、筋膜、关节囊等组织撕裂、断裂或移位等。

(3) 挤压伤：肢体或躯干肌肉丰富部位较长时间受钝力挤压所致的损伤。严重时肌肉组织广泛缺血、坏死，继而引起肌红蛋白血症、肌红蛋白尿、高血钾和急性肾衰竭为特点的全身性改变，称为挤压综合征（crush syndrome）。

(4) 震荡伤（冲击伤）：爆炸产生强烈的冲击波形成的高压及高速气流对胸、腹部的脏器造成损伤，伤者体表无明显损伤，但脏器或鼓膜可发生出血、破裂或水肿等病理改变。

(5) 关节脱位和半脱位：暴力作用于关节部位使关节面失去正常对合关系的损伤。根据关节面对合关系丧失的程度不同，分为完全性脱位和半脱位。

(6) 闭合性骨折：强暴力作用于骨组织所产生的骨断裂。

(7) 闭合性内脏伤：强暴力传入人体内后所造成的内脏损伤。

### 2. 开放性创伤

受伤部位皮肤或粘膜完整性遭到破坏，深部组织经伤口与外界相通。常见的有以下几种。

(1) 擦伤：皮肤与表面较粗糙的物体快速摩擦造成的损伤，创面有擦痕、小出血点及少量浆液渗出。

(2) 刺伤：由尖锐物体刺入组织所致，可导致深部组织和脏器损伤。

(3) 切割伤：由锐利器械切割所致，伤口整齐，多呈直线状，周围组织损伤较轻，可造成血管、神经和肌腱等深部组织损伤。

(4) 撕裂伤：由于急剧的牵拉或扭转导致浅表和深部组织的撕脱与断裂，伤口多不规则，出血多，容易感染。

(5) 火器伤：是弹片或枪弹所致，多见于战时。火器伤按伤道情况可分成贯通伤（有入口和出口者）和非贯通伤（只有入口而无出口者），其特点是：伤情多复杂，易损伤深部器官，组织破坏多，污染重，常有异物存留等。故火器伤的处理原则是早期清创，不做缝合。

### 三、护理评估

#### 1. 健康史

询问致伤原因，了解受伤的时间、部位，当时所处姿势，以及伤后处理经过。

#### 2. 身体状况

(1) 局部表现一般均有疼痛、肿胀、瘀斑和功能障碍，开放性创伤者还可见到伤口和出血。如果合并重要的神经、血管及内脏损伤，则各有其特殊表现。

(2) 全身反应轻者无明显全身表现。重者可有发热、脉快、血压升高、呼吸加快、乏力、食欲减退等全身炎症反应综合征(SIRS)的表现。如果创伤失血多、疼痛剧烈可致休克，甚至MODS。

#### 3. 心理-社会状况

创伤发生时，病人常出现复杂的心理反应，可能出现焦虑不安、恐惧、暴躁易怒，甚至失去理智；肢体的伤残、面容受损、个人前途及社交活动受影响等，也常使病人情绪抑郁、意志消沉，表现为自责、抱怨、悔恨，甚至绝望。

#### 4. 辅助检查

(1) 实验室检查。血常规和血细胞比容检查可了解失血及感染情况。尿常规可提示泌尿系统有无损伤。血液电解质化验和血气分析可了解水、电解质、酸碱平衡失调状况及有无呼吸功能障碍。

(2) 穿刺、导尿检查。胸腹腔穿刺检查可用以判断内脏受损破裂情况，导尿检查可帮助诊断尿道、膀胱损伤。

(3) 影像学检查。X线检查，可证实骨折、气胸、气腹等。超声检查可诊断胸、腹腔内的积血及肝、脾、肾等实质性器官损伤状况。CT检查可辅助诊断颅脑损伤、腹部实质性器官及腹膜后损伤；MRI有助于诊断颅脑、脊柱、脊髓等损伤。

#### 5. 处理原则

(1) 急救处理。要求做到判断快、救治快、转送快。处理原则是抢救生命、重点检查、止血包扎、妥善固定、速转快运。

(2) 一般软组织闭合性损伤处理。如无深部重要组织、器官损伤，多不需特殊处理，可自行修复。

(3) 软组织开放性损伤处理。污染伤口应尽早施行清创术，使其转为清洁伤口，争取一期愈合；感染伤口应控制感染，加强换药，促进愈合。

清创术又称扩创术，是在无菌操作下，彻底清理污染伤口，使之变为清洁伤口，以减少感染机会，促进伤口一期愈合的一种治疗方法。包括清洗伤口周围皮肤，除去伤口内的污物和异物，切除失去活力和污染严重的组织，修整创缘，彻底止血，修复组织，缝合伤口等步骤。清创术的最佳时机在伤后6~8小时内，此时细菌仅存在于创口表面，尚未形成伤口感染。如伤口污染较轻，伤口位于头面部，早期已应用了有效抗生素等，清创缝合的时限可延长至伤后12小时，甚至更长。对关节附近，以及有神经、大血管、内脏等重要脏器暴露的伤口，如无明显感染征象，即便时间较长，原则上也应清创并将伤口缝合。

换药又称更换敷料，是对经过初期治疗的伤口（包括手术切口）做进一步处理的总称。

通过换药可动态观察伤口变化，保持引流通畅，控制局部感染，促进组织修复，使伤口尽快



愈合。换药时应遵循无菌操作原则,安排换药顺序时,应先清洁伤口、再污染伤口、后感染伤口。换药过程中始终坚持两把镊子操作法。每日换药一次,若无感染至拆线时再换药;生长良好的肉芽创面,每日或隔日换药一次;脓性分泌物多,感染严重的伤口,每日换药1次或数次。

#### 四、护理诊断/问题

- (1) 急性疼痛:与组织损伤有关。
- (2) 体液不足:与创伤后失血、失液等因素有关。
- (3) 组织完整性受损:与致伤因子导致组织结构破坏有关。
- (4) 焦虑:与组织受损、担心影响生活和工作有关。
- (5) 潜在并发症:休克、感染、挤压综合征等。

#### 五、护理措施

##### 1. 急救护理

急救护理的原则是配合医生做好各类急救工作,密切观察并报告伤情变化,保证各项治疗措施及时有效地实施。

(1) 迅速抢救生命。首先处理危及生命的紧急情况,如心跳及呼吸骤停、窒息、活动性大出血、张力性或开放性气胸、休克、腹腔内脏脱出等。

(2) 保持呼吸道通畅。创伤病人可被血块、呕吐物或异物等堵塞鼻咽道和气管,以及昏迷病人舌后坠,都可造成窒息。应立即采取有效方法,保持呼吸道通畅。

(3) 包扎伤口及止血。以无菌或清洁的敷料包扎伤口,防止加重污染和继续出血。如有活动性出血,应紧急止血。使用止血带止血时,需注意正确的缚扎部位、方法和持续时间,并及时观察做好记录。

(4) 妥善固定骨折。简单固定受伤骨关节可减轻疼痛,避免搬运时再损伤,且便于搬运。搬运病人前应妥善固定四肢骨折;对疑有脊柱骨折的病人,要以平托法或滚动法将其轻放、平卧在硬板上,怀疑颈椎损伤的病人还应佩戴颈托或支具固定头部,防止脊髓损伤。

(5) 稳妥转运病人。在运送途中应注意:保持适当体位,病人应头部在后(与运行方向相反),避免脑缺血突然死亡,尽量避免颠簸,防止再损伤;保证有效输液,给予止痛,预防休克;密切观察病情变化,如生命体征、意识等,并认真做好记录。

##### 2. 软组织闭合性损伤的护理

(1) 一般护理。抬高患肢  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。以利于静脉、淋巴液回流,减轻肿胀和疼痛。在受伤关节处可用绷带或夹板等包扎固定,局部制动可减轻疼痛,避免继发出血和加重损伤。指导病人采用高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食,必要时遵医嘱静脉补充营养,促进创伤修复。

(2) 病情观察。对伤情较重者应注意局部症状、体征的演变;密切观察生命体征的变化,了解深部组织器官损伤情况;对挤压伤病人须观察尿量、尿色、尿比重,注意是否发生急性肾衰竭。

(3) 治疗配合。小范围软组织创伤后24小时内给予局部冷敷,以减少渗血和肿胀,24小时后改用热敷和理疗,可促进血肿吸收和炎症消退;对血肿较大者,应在无菌操作下穿刺抽吸,并加压包扎;必要时可遵医嘱外敷中西药物,以消肿止痛;病情稳定后,可指导病人配合理疗、按摩和功能锻炼,促进功能恢复。

##### 3. 软组织开放性损伤的护理

(1) 术前准备。按清创术要求做好必要的术前准备,如备皮、药物过敏试验、配血、输液、

局部 X 线摄片检查。

(2) 术后病情观察。注意观察生命体征的变化,警惕活动性出血发生。观察伤口情况,如出现红、肿、热、痛等感染征象时,应协助医生进行早期处理;如已化脓,应及时拆除缝线,敞开伤口换药。注意伤肢末梢循环情况,如发现肢端苍白或发绀,皮温降低,动脉搏动减弱时,应报告医生及时处理。

(3) 治疗配合。 防治感染:遵医嘱使用抗生素预防感染,注射破伤风抗毒素以预防破伤风的发生。 防治休克:对血容量不足者,按医嘱给予输液、输血,维持体液平衡和血容量。 伤口护理:保持敷料清洁干燥,及时换药,如伤口内放置有橡皮片引流条,应于术后 24~48 小时去除。伤肢抬高制动,改善局部血液循环,促进伤口愈合。 功能锻炼:病情稳定后,鼓励并协助病人进行早期活动,指导病人进行肢体功能锻炼,以促进功能恢复和预防并发症。

#### 4. 心理护理

安慰病人,尤其是对容貌受损或有致残可能的病人,多与其沟通,进行心理疏导,使病人情绪稳定,增强恢复健康的信心。

#### 5. 健康指导

教育病人及社区人群注意交通安全及自我防护,避免损伤的发生。指导病人加强营养,以促进组织修复和脏器功能恢复。根据病情,指导病人进行功能锻炼,以促使患部功能得到最大恢复。



### 高考链接

【例 1】(2009 年高考题)一般伤口施行清创术的最佳时间是( )。

A. 6~8 小时内 B. 10~12 小时内 C. 12~16 小时内 D. 24 小时内

【分析】清创术的最佳时机在伤后 6~8 小时内,此时细菌仅存在于创口表面,尚未形成伤口感染。

【答案】A

【例 2】(2010 年高考题)下列不属于物理性损伤的是( )。

A. 药物匹配不当 B. 烫伤 C. 压疮 D. 放射性损伤

【分析】药物匹配不当属于化学性因素。

【答案】A



### 反馈训练

#### 一、选择题

1. 关节受外力作用,发生异常扭转所致的损伤为( )。

A. 挫伤 B. 挤压伤 C. 扭伤 D. 裂伤

2. 擦伤的特点是( )。

A. 出血多,污染严重 B. 皮下血肿  
C. 皮肤广泛破损出血 D. 表皮破损,点状出血及渗出

3. 应该首先急救的损伤是( )。

A. 包膜下脾破裂 B. 骨折 C. 窒息 D. 休克

4. 关于切伤,下列错误的是( )。

- A. 伤口缘整齐 B. 周围组织损伤较轻  
C. 损伤深时可切断大血管、肌腱等 D. 伤口内常留有异物
5. 下列部位严重损伤, 易发生挤压综合征的是 ( )。  
A. 胸部 B. 手和前臂 C. 肾区 D. 脊柱
6. 有关挫伤, 错误的是 ( )。  
A. 钝物打击所致的一种损伤 B. 伤部肿胀、压痛、出血  
C. 伤处皮肤青紫 D. 严重者有肌纤维断裂或血肿
7. 某工地塌方, 对重伤病员的处理首先是 ( )。  
A. 抗休克 B. 骨折固定 C. 治疗窒息 D. 镇静止痛
8. 挤压综合征主要是指伤后出现 ( )。  
A. 呼吸困难 B. 休克 C. 昏迷 D. 肾功能衰竭
9. 清创的原则中, 错误的是 ( )。  
A. 清除伤口内异物 B. 必须放置引流 C. 彻底止血 D. 根据情况缝合伤口
10. 最常见的创伤并发症是 ( )。  
A. 休克 B. MODS C. 感染 D. 水、电解质紊乱
11. 创伤早期发生休克, 多由于 ( )。  
A. 失血 B. 神经刺激 C. 脊髓损伤 D. 严重感染
12. 按急救顺序, 对机械性损伤病人最先采用的措施是 ( )。  
A. 重点检查 B. 包扎伤口 C. 抢救生命 D. 止血输血
13. 清创处理的最好时机是伤后 ( )。  
A. 6~8 小时内 B. 8~10 小时内 C. 10~12 小时内 D. 12~16 小时内
14. 容易导致急性肾衰竭的创伤是 ( )。  
A. 扭伤 B. 挤压伤 C. 冲击伤 D. 裂伤
15. 开放性损伤与闭合性损伤的主要区别是 ( )。  
A. 是锐性暴力还是钝性暴力所致 B. 皮肤或粘膜是否保持完整  
C. 是否合并有内脏损伤 D. 是否引起局部感染
16. 对严重挤压伤病人, 护理时除严密观察生命体征外, 还应特别注意 ( )。  
A. 意识状态 B. 肢端温度 C. 局部疼痛情况 D. 尿量
17. 开放性骨折伴动脉破裂出血合并休克的伤员, 现场急救应首选 ( )。  
A. 输血 B. 止痛 C. 固定骨折 D. 输液
18. 创伤现场急救措施错误的是 ( )。  
A. 对窒息病人立即送医院抢救 B. 做简单的全身检查  
C. 有活动性出血者立即包扎止血 D. 严密观察生命体征
19. 严重挤压伤少见的病理或表现是 ( )。  
A. 休克 B. 急性肾衰竭 C. 抽搐 D. 肌肉广泛缺血、坏死
20. 关于清创术错误的是 ( )。  
A. 一般在伤后 6 小时~8 小时内进行  
B. 清除污物, 切除失活组织, 彻底止血  
C. 对伤后 12 小时内伤口, 经彻底清创, 可一期缝合

D. 对颜面部伤口, 超过 24 小时, 不考虑清创缝合

## 二、简答题

1. 创伤的现场急救有哪些护理措施?
2. 如何护理软组织闭合性损伤的患者?

## 第二节 烧伤病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握烧伤的护理评估及护理措施。
2. 理解烧伤的概念及护理诊断。



### 知识梳理

烧伤泛指由热力(火焰、热液、蒸汽及高温固体)、电流、化学物质、激光、放射线等所造成的组织损伤。狭义的烧伤是指由热力所造成的烧伤,临床上最多见。烧伤不仅损伤皮肤,还可累及肌肉、骨骼,严重者出现休克、脓毒症等一系列病理生理变化而危及生命。

## 一、护理评估

### (一) 健康史

了解病人烧伤的病因、受伤的时间及部位,以及伤后处理方式。小儿、老人、孕妇,以及偏瘫、癫痫、高血压、梅尼埃病等患者是发生烧伤的高危人群;消防措施和意识薄弱的某些厂矿、营业场所是重大火灾的多发地,是烧伤的常见社会、环境因素。

### (二) 身体状况

#### 1. 烧伤程度估计

烧伤程度主要取决于烧伤面积和深度。

(1) 面积估计:是指皮肤烧伤区域占全身体表面积的百分数。根据我国人体体表面积特点,测算烧伤面积的方法有两种。 新九分法:此法将体表面积分成 11 个 9% 的等份,另加 1%,共 100% 的体表面积;12 岁以下小儿头部面积相对较大,双下肢面积相对较小,测算方法应结合年龄进行计算(表 5-1、图 5-1 和图 5-2)。 手掌法:不论年龄、性别,以病人自己的 1 个手掌(五指并拢)面积为 1% 计算,常用于测定小面积烧伤(图 5-3)。

表 5-1 烧伤面积新九分法

部位	成人各部位面积/%	小儿各部位面积/%
头颈	$9 \times 1 = 9$ (发部 3 面部 3 颈部 3)	$9 + (12 - \text{年龄})$
双上肢	$9 \times 2 = 18$ (双手 5 双前臂 6 双上臂 7)	$9 \times 2$
躯干	$9 \times 3 = 27$ (腹侧 13 背侧 13 会阴 1)	$9 \times 3$
双下肢	$9 \times 5 + 1 = 46$ (双臀 5 双大腿 21 双小腿 13 双足 7)	$46 - (12 - \text{年龄})$

注: I 度烧伤仅伤及表皮,病理反应轻微,痊愈时间快,一般不计入烧伤总面积之中。 该表以成

年男性为标准，成年女性双足及双臀各为 6%。

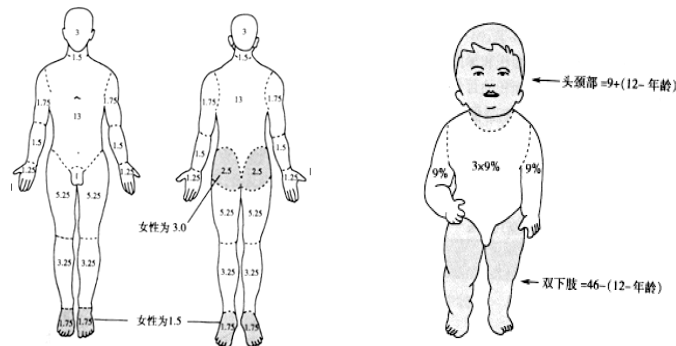


图 5-1 成人各部位体表面积 (%) 示意图 图 5-2 小儿体表面积估计法

(2) 深度估计：按组织损伤的层次，用三度四分法将烧伤分为Ⅰ度、浅Ⅱ度、深Ⅱ度和Ⅲ度烧伤(表 5-2、图 5-4)。Ⅰ度、浅Ⅱ度属浅度烧伤；深Ⅱ度、Ⅲ度属深度烧伤。对烧伤深度的估计，目前也有“四度五分法”，与三度四分法的不同之处在于将三度四分法Ⅲ度烧伤中损伤达深筋膜以下的烧伤，称为Ⅳ度烧伤。

表 5-2 烧伤深度的评估要点

分度	损伤深度	临床表现	愈合过程
Ⅰ度(红斑)	表皮层	红、肿、热、痛、烧灼感、无水疱	3~7 日痊愈，脱屑，无瘢痕
浅Ⅱ度(水疱)	真皮浅层	水疱较大，剧痛，创底肿胀潮红	1~2 周内愈合，无瘢痕，多有色素沉着
深Ⅱ度(水疱)	真皮深层	水疱较小或无水疱，感觉迟钝，有拔毛痛；创面浅红或红白相间	3~4 周可愈合，有瘢痕
Ⅲ度(焦痂)	全层皮肤，可深达皮下组织，肌肉和骨骼	无水疱，蜡白或焦黄，皮革状，甚至炭化感觉消失，或可见树枝状栓塞血管	3~4 周后，焦痂脱落，形成肉芽组织，难愈合，多需植皮

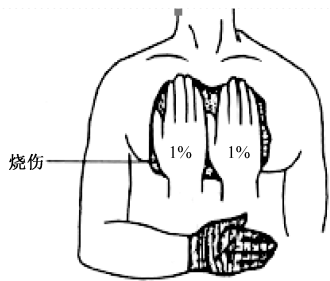


图 5-3 手掌估计法图

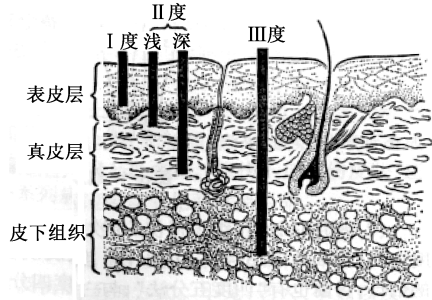


图 5-4 皮肤烧伤分度示意图

(3) 烧伤程度判断。 轻度烧伤：烧伤面积小于 10%。 中度烧伤：Ⅱ度烧伤面积 11%~30%，或Ⅲ度烧伤面积小于 10%。 重度烧伤：总面积 31%~50%，或Ⅲ度烧伤面积 11%~20%，或Ⅱ度、Ⅲ度烧伤面积虽未达到上述百分比，但已发生休克、吸入性损伤或较严重的复合伤。 特重烧伤：烧伤总面积大于 50%，或Ⅲ度烧伤面大于 20%。

临床上所称的大面积烧伤是指成人 II 度烧伤面积 $>15\%$ ，小儿 $>10\%$ ，多需住院治疗。相反，就是小面积烧伤，一般在门诊处理。

## 2. 病程分期估计

根据烧伤后病理生理特点及临床过程，病程一般分为 4 期。

(1) 休克期：**主要发生在伤后 48 小时内**。热力作用致使毛细血管通透性增加，大量血浆外渗至组织间隙及创面，引起有效循环血量锐减，导致低血容量性休克发生。**体液渗出以伤后 6~12 小时最快，持续 36~48 小时，甚至更长时间**。一般伤后 48 小时起，组织水肿液开始回吸收。**休克是烧伤早期的并发症或死亡原因**。

(2) 感染期：烧伤早期因皮肤屏障功能受损，细菌入侵创面并生长繁殖，严重烧伤使机体免疫功能受到抑制，抵抗力降低，对病原菌的易感性增加，从而易发生局部和全身感染。大量细菌在创面周围组织内生长繁殖，其毒素释放入血，引起严重全身反应，但血培养呈阴性，称为烧伤创面脓毒症。伤后 2~3 周，II 度烧伤的焦痂开始大片溶解脱落，创面暴露，细菌可侵入血液循环，是烧伤全身性感染的又一高峰期。感染是烧伤病人死亡的主要原因之一。

(3) 修复期：组织烧伤后，在炎症反应的同时，创面已开始修复的过程。浅度烧伤多能自行修复，深度烧伤依靠残存皮肤组织和上皮修复，III 度烧伤需要皮肤移植修复。

(4) 康复期：烧伤创面愈合后形成的瘢痕常影响到外观和功能，需要通过功能锻炼和整形以期恢复；大面积烧伤后因大部分汗腺受损，机体散热能力下降，盛夏季节会出现全身不适，常需 2~3 年调整适应；伤员的心理异常也需要一定恢复过程。

## 3. 特殊部位的烧伤

(1) 吸入性烧伤。又称呼吸道烧伤，常与头面部烧伤同时发生，因吸入浓烟、火焰、蒸汽、热气或吸入有毒、有刺激性的气体所致。病人口鼻有黑色分泌物，出现呼吸道刺激症状，咳炭末样痰，声音嘶哑，呼吸困难，肺部啰音等表现，易发生窒息或肺部感染。

(2) 头面颈部烧伤。其临床特点是：常合并眼、耳、鼻及吸入性烧伤；肿胀明显；易发生呼吸困难、休克和脑水肿；伤后容易发生感染。

## (三) 心理-社会状况

皮肤大面积缺损及剧烈疼痛，易造成心理打击和压力。病人早期有精神紧张、行为异常、恐惧等心理反应；中期因换药疼痛、手术治疗等而有烦躁、缺乏自制力等过度反应；后期可能因面容损毁、躯体功能障碍或致残而长期精神困扰，甚至悲观厌世。

## (四) 辅助检查

严重烧伤有大量红细胞破坏，故病人有红细胞、血红蛋白减少及血红蛋白尿。感染时血白细胞计数及中性粒细胞比例明显增高。因分解代谢增强及肾功能损害，尿素氮可增高。X 线胸片可了解肺部有无损伤及感染。

## (五) 处理原则

(1) 处理创面。正确处理创面能有效减少全身性感染等并发症，提高大面积烧伤的治愈率，是治愈烧伤的关键环节。创面处理的目的是保护创面，防治感染，促进愈合，最大限度恢复功能。处理创面的措施有清创、包扎疗法或暴露疗法、III 度烧伤的去痂和植皮等。

(2) 防治休克。中度以上烧伤病人，必须及早采用液体疗法，维持有效循环血量；注意维护重要脏器功能，防治多系统器官功能障碍综合征。

(3) 防治感染。选用有效抗生素，在创面局部和全身使用；注射破伤风抗毒素；同时应用免疫增强疗法，提高免疫力。

## 二、护理诊断/问题

- (1) 急性疼痛：与组织损伤、感染、换药时刺激等因素有关。
- (2) 体液不足：与烧伤后大量液体自创面丢失、血容量减少有关。
- (3) 皮肤完整性受损：与烧伤损坏组织有关。
- (4) 营养失调：低于机体需要量，与烧伤病人高代谢状态、大量蛋白质经创面丢失、消化功能障碍等因素有关。
- (5) 潜在并发症：低血容量性休克、感染、应激性溃疡等。

## 三、护理措施

### (一) 现场急救护理

(1) 迅速消除致伤因素。指导和协助伤者尽快脱离险境。对火焰伤者应尽快脱去着火衣物，也可就地卧倒滚压灭火，或用毛毯、大衣等物品覆盖着火部位，也可用水浇灭火焰。切忌用手扑火或在火中来回跑动、大声呼叫。若被热液烫伤，应立即脱去或剪开浸渍的衣服。四肢烧伤，可将肢体浸泡于凉水中。若为电击伤，需迅速脱离电源。酸、碱等化学物质烧伤，应立即脱去或剪开沾有酸、碱的衣服，以大量清水冲洗；如系生石灰烧伤，应先除去石灰粉粒，再用清水长时间地冲洗，以避免石灰遇水产热加重损伤；磷烧伤应立即将烧伤部位浸入水中，同时拭去磷颗粒，不可将创面暴露在空气中，创面忌用油质敷料。

(2) 抢救生命。去除致伤原因后，配合医生首先处理窒息、大出血、开放性气胸等危急情况。对头颈部烧伤或疑有吸入性烧伤时，应保持口、鼻腔通畅，必要时协助医生做气管切开。

若病人发生心脏停搏，应立即实施现场心肺复苏。

(3) 防治休克。口渴者可口服淡盐水，不能单纯大量饮水，以免体液低渗发生脑水肿和肺水肿。中度以上烧伤需远途转送者，须建立静脉输液通道，途中持续输液；疼痛剧烈者遵医嘱酌情使用地西洋、哌替啶等。

(4) 保护创面。就地取材，用无菌敷料或清洁布类包裹创面，以免再污染和加重损伤；协助病人调整体位，避免创面受压；创面勿涂任何药物。

(5) 转送病人。宜尽早转运，途中持续输液；对已发生休克病人，争取先抗休克，待病情平稳后再转送。

### (二) 一般护理

保持呼吸道通畅，吸氧；对发热病人给予降温处理；做好其他基础护理工作。

### (三) 病情观察

(1) 观察全身情况伤后密切观察神志及生命体征变化；留置导尿管，测尿量；重症烧伤应监测中心静脉压。

(2) 观察创面情况烧伤早期每日评估烧伤面积及深度，了解创面病情变化。若出现创面水肿、渗液多、肉芽颜色转暗、创缘下陷、创缘红肿等炎症表现，或上皮停止生长，原来干燥的焦痂变得潮湿、腐烂，创面有出血点等都是感染的征象。若创面出现紫黑色出血性坏死斑，提示铜绿假单胞菌感染。

### (四) 治疗配合

#### 1. 补液的护理

轻度烧伤，可口服烧伤饮料（配方：冷开水 1L，食盐 3g， $\text{NaHCO}_3$  1~2g，苯巴比妥钠 0.05g，

糖适量)；中度以上烧伤，应遵医嘱及时给予补液，这是休克期的首要护理措施。伤后应迅速建立静脉输液通路，有时需多路输液，必要时静脉切开插管输液。为做好输液工作，应了解补液量的估计和液体的种类。

(1) 补液量估计。我国目前常用的补液方案是伤后第一个 24 小时补液量 (mL) = II、III 度烧伤面积 × 体重 (kg) × 1.5mL (儿童 1.8mL、婴儿 2.0mL) + 2000mL (儿童 60 ~ 80mL/kg、婴儿 100mL/kg)。其含义是烧伤后第 1 个 24 小时，每 1% 的 II、III 度烧伤面积，成人每千克体重需补给电解质和胶体溶液共 1.5mL，再加日需量 2000mL。电解质溶液和胶体溶液的比例一般为 2 : 1，特重度烧伤为 1 : 1。伤后第二个 24 小时补液量中日需量不变，电解质和胶体为第一个 24 小时的一半。第三个 24 小时补液量根据病情变化决定。

(2) 液体的种类与安排。**电解质溶液首选平衡盐溶液**，并适当补充  $\text{NaHCO}_3$  溶液。**胶体液首选血浆**，也可用全血或血浆代用品，如中分子右旋糖酐 (一般 24 小时不超过 1000mL)。**生理需要量一般用 5% ~ 10% 的葡萄糖液**。因为烧伤后第 1 个 8 小时内渗液最快，所以应在首个 8 小时内输入补液总量的 1/2，其余分别在第 2、第 3 个 8 小时内均匀输入。**补液的一般原则是先晶后胶、先盐后糖、先快后慢，胶、晶体溶液交替输入**，特别注意不能集中在一段时间内输入单一种类液体。

(3) 调节输液量和速度的指标。尿量：一般要求成人维持在 30 ~ 50mL/时，小儿 20mL/时，若低于上述水平，表示补液量不足，应加快输液；但对于老年人、心血管病病人、吸入性烧伤或合并颅脑损伤者，输液不能太快，只要求每小时尿量 20mL 左右即可；发生血红蛋白尿时要维持在 50mL/时以上。其他指标，如血压、脉搏、末梢循环情况、精神状态、中心静脉压等，应维持基本正常。下述情况说明血容量已基本恢复：每千克体重每小时尿量不少于 1mL；收缩压在 90mmHg 以上；成人心率 120 次/分以下，儿童在 140 次/分以下；病人安静；肢体温暖，中心静脉压正常。

## 2. 创面的护理

### (1) 初期创面清创的护理

病人入院时，应先剪去创面及周围皮肤的毛发并去除异物，再清洗消毒。破损、撕脱的疱皮和深 II 度、III 度创面的坏死表皮也须去除，以利创面清洁与干燥。此后根据烧伤病情及医疗条件选用暴露或包扎疗法。清创顺序一般按头部、四肢、胸腹部、背部和会阴部顺序进行。清创术后应注射破伤风抗毒素，必要时及早使用抗生素。

### (2) 包扎疗法的护理

对四肢浅 II 度烧伤、病室条件较差或门诊处理的小面积烧伤，采用包扎疗法。护理时，应协助医生实施包扎疗法，经清创处理后，创面上先敷凡士林油纱布，其上再覆盖 2 ~ 3cm 厚度、吸水性强的纱垫，用绷带自肢体远端向近心端包扎，注意显露指 (趾) 末端以观察血液循环。此法便于护理和病人活动，有利于保护创面。缺点是不利于创面观察，而且换药时病人有痛苦。

包扎后的护理包括：观察肢端感觉、运动和血运情况，若发现指、趾末端皮肤发凉、青紫、麻木等情况，须立即放松绷带；抬高患肢，注意保持肢体功能位；保持敷料清洁干燥，如外层敷料被浸湿，须及时更换；注意创面是否有感染，若发现敷料浸湿、有臭味，伤处疼痛加剧，伴高热，血白细胞计数增高，均表明创面有感染，应及时报告医生。

### (3) 暴露疗法的护理

暴露疗法是指病人经清创处理后，身上不盖任何物品，使创面完全暴露在清洁、干燥和温暖的空气中。其优点是便于观察创面变化，便于处理创面和外用药物，不利于铜绿假单胞菌生长，



节约敷料,也避免换药带来的痛苦,但对病房条件及护理质量要求较高。

暴露疗法的病房应具备以下条件: 室内清洁,有必要的消毒与隔离条件; 恒定的温、湿度,要求室温保持在 30 ~ 32 ,相对湿度以 40%左右为宜; 便于抢救治疗。

暴露疗法的护理要点如下。 保持床单清洁干燥。 促进创面干燥、结痂,可用烤灯或红外线照射促进创面结痂;若有渗液,可用无菌纱布或棉球拭干创面;创面涂收敛、抗菌等药物。

保护创面,为避免创面长时间受压,应经常翻身;环形烧伤肢体,可用支架将伤肢悬吊使创面悬空,若躯干环形烧伤,须睡翻身床。

#### (4) 去痂和植皮的护理

深度烧伤创面自然愈合慢或难以愈合,且自然愈合所形成的瘢痕可导致畸形并引起功能障碍。因此多采用早期切痂或削痂,并立即植皮,应做好植皮手术前后的护理工作。

#### (5) 感染创面的处理

应用湿敷、浸浴等方法除去脓液和坏死组织,痂下感染时应剪去痂皮或坏死组织,以清洁和引流创面。护理时须加强换药,根据感染特征或细菌培养和药敏试验选择外用药。

#### (6) 特殊部位烧伤护理

吸入性烧伤:床旁应备急救物品,如气管切开包、吸痰器、气管镜等;保持呼吸道通畅,伤后 5~7 日后气管壁的坏死组织开始脱落,易致窒息,应密切观察,及时处理;进行吸氧,观察并积极预防肺部感染。

头面颈部烧伤:病人多采用暴露疗法,应安置病人取半卧位,观察有无吸入性烧伤。做好五官护理,及时用棉签拭去眼、鼻、耳的分泌物,保持其清洁干净;双眼用抗生素眼药水或眼膏,避免角膜干燥而发生溃疡;避免耳廓受压;做好口腔护理,防止口腔粘膜溃疡及感染。

会阴部烧伤:大腿外展,使创面暴露,分泌物多时应及时清理。用油纱隔开阴唇,防止粘连;清创后留置尿管,定时放尿,每日冲洗膀胱;每次大便后用消毒液或温盐水冲洗肛门周围,以吸水纱布拭干,保持干燥。

### 3. 防治感染的护理

(1) 遵医嘱应用抗生素:根据创面细菌培养及抗生素药物敏感试验结果,选用有效抗生素。需注意药物的不良反应及二重感染。

(2) 做好消毒隔离工作:注意无菌操作;病房用具应专用,工作人员出入病室要更换隔离衣、鞋、帽,接触病人前后要洗手。

#### 4. 改善营养状况

指导病人摄入高蛋白、高热量及富含维生素的饮食。依据病情给予口服、鼻饲或胃肠外营养,促进创面修复及身体功能的康复。对大面积烧伤病人,遵医嘱每日或隔日输入适量血浆、全血或人体清蛋白,也可应用免疫球蛋白等,以增强抵抗力。

#### (五) 心理护理

应根据不同病人的心理状态,采取相应措施。例如,缺乏自制力者,要加强安全措施,严防病人再次受伤;对有恐惧、抑郁心理反应者,鼓励病人表达情感,帮助寻找消除恐惧及悲哀情绪的方法;对伤残或者面容受损害者,应注意沟通技巧,使病人精神放松。

#### (六) 健康指导

告知病人创面愈合后一段时间内,可能出现皮肤干燥、瘙痒、全身闷热等反应,应嘱咐病人避免使用刺激性大的肥皂和接触过热的水,不能搔抓初愈的皮肤;可在已愈合创面涂擦润肤剂,穿纯棉内衣,1 年内烧伤部位避免太阳暴晒。指导病人进行正确的功能锻炼,以主动运动为主,

被动运动为辅，必要时为病人编制体操疗法或作业疗法计划。鼓励病人参与社会活动，促进病人身心健康。



## 高考链接

【例 1】(2009 年高考题) 患者右上肢烧伤后，创面有大水泡，剧痛，其烧伤深度为 ( )。

- A. III 度                  B. 深 II 度                  C. 浅 II 度                  D. I 度

【分析】浅 II 度烧伤损伤深度为真皮浅层，水泡较大，剧痛，创底肿胀潮红，1~2 周内愈合，无瘢痕，多有色素沉着。

【答案】C

【例 2】(2011 年高考题) 患者，男性，颈部及左上肢烧伤，其面积是 ( )。

- A. 12%                  B. 22%                  C. 21%                  D. 24%

【分析】颈部 3%+左上肢 9%=12%。

【答案】A

【例 3】(2013 年高考题) 某 5 岁男孩，头面颈部浅 II 度烧伤，评估其烧伤面积为 ( )。

- A. 5%                  B. 9%                  C. 10%                  D. 16%

【分析】小儿头面颈部烧伤计算公式为：9%+(12-年龄)%。

【答案】D



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 烧伤休克期造成休克的主要原因是 ( )。  
A. 大量红细胞丧失    B. 大量水分蒸发    C. 大量液体渗出    D. 细菌感染中毒
2. 烧伤急救时，需立即行气管切开的是 ( )。  
A. 大面积烧伤有呼吸困难    B. 头面部烧伤  
C. 烧伤伴有昏迷    D. 严重休克
3. 大面积烧伤者创面血浆渗出最快的时间是伤后 ( )。  
A. 6~12 小时    B. 8~12 小时    C. 12~16 小时    D. 16~24 小时
4. 右上肢烧伤后，创面有大水泡，剧痛，其深度为 ( )。  
A. 度烧伤    B. 度烧伤    C. 深 度烧伤    D. 浅 度烧伤
5. 大面积烧伤病人的护理诊断为体液不足，其最主要的相关因素为 ( )。  
A. 创面脓毒症    B. 创面渗出    C. 疼痛    D. 饮水不足
6. 调节烧伤病人输液最简便、可靠的指标是 ( )。  
A. 血压    B. 脉搏    C. 中心静脉压    D. 尿量
7. 烧伤病人的输液抢救中，每小时尿量至少应在 ( )。  
A. 10mL 以上    B. 20mL 以上    C. 30mL 以上    D. 40mL 以上
8. 控制烧伤感染的关键措施是 ( )。  
A. 及时、足量、快速输液    B. 正确处理创面  
C. 早期大剂量应用有效抗菌药物    D. 密切观察病情变化

9. 适合用包扎疗法的烧伤者是( )。
- A. 头部烧伤      B. 颈部烧伤      C. 会阴部烧伤      D. 四肢烧伤
10. 酸碱化学烧伤, 首选的急救处理是( )。
- A. 涂抹消毒液      B. 应用中和剂      C. 大量清水冲洗      D. 及时清创
11. 烧伤创面出现焦痂下积液, 下列处理方法最佳的是( )。
- A. 清除焦痂, 充分引流      B. 加用抗生素, 取暴露疗法  
C. 中药湿敷治疗      D. 控制感染下切除焦痂植皮
12. 关于烧伤九分法的面积估算, 下列错误的是( )。
- A. 头颈面各分为 3%      B. 双上肢为 18%  
C. 躯干为 27%      D. 双下肢为 44%
13. 烧伤后第二个 24 小时补胶体、晶体总量为( )。
- A. 第一个 24 小时总量的 1/2      B. 第一个 24 小时总量的 1/4  
C. 第一个 24 小时的同量      D. 第一个 24 小时总量的 2 倍
14. 深度烧伤的临床特点是( )。
- A. 创面红肿      B. 有水疱, 剧痛  
C. 感觉过敏, 疱底水肿, 鲜红      D. 感觉迟钝, 疱底苍白, 潮湿, 拔毛仍痛
15. 头颈部及会阴部烧伤病人的创面适于用( )。
- A. 包扎疗法      B. 暴露疗法      C. 药物湿敷      D. 半暴露疗法
16. 感染伤口的处理原则为( )。
- A. 切除坏死组织植皮      B. 控制感染, 加强换药  
C. 立即清创缝合      D. 彻底清创, 延期缝合
17. 烧伤修复期的治疗重点是( )。
- A. 防治休克      B. 防治感染      C. 防治并发症      D. 促进创面早愈
18. 烧伤后 48 小时内发生休克, 治疗的主要措施是( )。
- A. 镇静止痛      B. 应用抗休克药物      C. 应用抗生素      D. 液体疗法
19. 烧伤深度的估计, 最常采用( )。
- A. 二度法      B. 三度法      C. 三度四分法      D. 四度法
20. 烧伤暴露疗法护理中除( )外都是正确的。
- A. 适合于头、颈、会阴烧伤      B. 用无菌等渗盐水覆盖  
C. 室内有消毒隔离设施      D. 采用翻身床定时翻身
21. 男性, 30 岁, 电工, 操作不慎, 电流接触不良产生电弧热, 引起面、颈部烧伤, 有水泡, 部分水泡破损, 创面基底红白相间, 有疼痛, 对病人烧伤面积和深度的诊断为( )。
- A. 4% 深度      B. 4% 浅度      C. 6% 深度      D. 6% 浅度
22. 男性, 10 岁, 小学生, 面部烫伤浅度 2 天, 肿胀明显, 入院后最主要应观察( )。
- A. 神志      B. 呼吸      C. 脉搏      D. 尿量

## 二、简答题

1. 简述包扎疗法的优缺点。
2. 简述烧伤面积、深度的判断。
3. 简述烧伤程度的判断。

4. 简述烧伤后第一个 24 小时的补液计算方法。

### 三、病例分析题

男性, 50 岁, 体重 60kg, 锅炉工, 不慎被烧伤, 急诊入院。查体: 血压 95/60mmHg, 脉搏 108 次/分, 左上臂、右侧整个上肢、右侧臀部、右侧下肢遍布水疱, 躯干及左侧大腿有散在水疱区约 4 个半手掌大小。

- (1) 患者主要的护理诊断有哪些?
- (2) 计算病人的烧伤面积。
- (3) 病人伤后第一个 24 小时的补液总量是多少?
- (4) 对于该患者的处理原则有哪些?

## 第三节 腹部损伤病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握腹部损伤的病因与分类、护理评估及护理措施。
2. 理解腹部损伤的概念及护理诊断。



### 知识梳理

#### 一、概述

腹部损伤是指由于各种致伤因素作用于腹部, 导致腹壁、腹内脏器和组织的损伤。在平时和战时都较多见。

##### (一) 分类

根据损伤性质不同可分为两类。

(1) 单纯性腹壁损伤。指损伤仅限于腹壁组织。依据腹壁有无开放性伤口, 分为单纯性闭合性腹壁损伤和单纯性开放性腹壁损伤。

(2) 腹内脏器损伤。根据腹膜腔是否与外界相通, 分为闭合性损伤和开放性损伤两类。

##### (二) 病因

(1) 开放性损伤。常因刀刺、枪弹、弹片所致。**开放性损伤中常见受损内脏依次是肝、小肠、胃、结肠、大血管等。**

(2) 闭合性损伤。常因坠落、碰撞、冲击、挤压、拳打脚踢等钝性暴力所致。**闭合性损伤中常见受损内脏依次是脾、肾、小肠、肝、肠系膜等。**

#### 二、护理评估

##### (一) 健康史

了解病人受伤的原因、时间、部位、姿势、致伤物的性质及暴力的方向和大小等, 以及是否合并其他部位的损伤。注意询问受伤前是否进食和排尿, 有无腹痛、腹胀、呕吐、血尿、血便等异常表现; 注意询问伤后病情变化及是否采取急救措施, 效果如何; 了解既往有无慢性病及有无

酗酒、吸烟等不良嗜好。如果伤者有意识障碍，可询问现场目击者及护送人员。

## （二）身体状况

对腹部损伤病人必须评估是单纯腹壁损伤，还是腹内脏器损伤；腹内脏器损伤时应判断是实质性脏器损伤还是空腔脏器损伤；是否合并其他部位损伤。

### 1. 单纯腹壁损伤

局限性疼痛、压痛、肿胀和瘀斑。 全身症状轻，一般情况好。 实验室检查、影像学检查、腹腔穿刺等辅助检查无异常发现。

### 2. 腹内脏器损伤

出现下列情况之一，即应考虑内脏损伤： 早期出现休克； 持续性腹痛进行性加重； 有腹膜刺激征且范围呈扩散趋势； 有气腹征或移动性浊音； 有呕血、便血或血尿等； 直肠指检、腹腔穿刺、腹腔灌洗等有阳性发现。

（1）**实质性脏器损伤**：主要表现为**腹腔内或腹膜后出血**，病人面色苍白，脉搏加快，血压不稳或下降，甚至休克。出血量多时可有腹胀和移动性浊音。腹痛和腹膜刺激征较轻，但肝、胰破裂时，胆汁和胰液漏入腹腔可出现明显的腹痛和腹膜刺激征。

（2）**空腔脏器损伤**：主要表现为**急性弥漫性腹膜炎**，病人出现持续性剧烈腹痛，伴恶心、呕吐。腹膜刺激征明显，肠鸣音减弱或消失。胃肠道破裂时，可有气腹表现，肝浊音界缩小或消失。随着病情发展，病人可出现体温升高、脉快、呼吸急促等全身中毒表现，严重者可发生感染性休克。

### 3. 多发性损伤

创伤中多发损伤的发病率日益增高，因此评估病人应有整体观念，要系统全面地观察病人有无合并颅脑、胸部或四肢等部位损伤。

## （三）心理-社会状况

腹部损伤多为意外事故所致，病情往往复杂、严重，病人常表现出紧张、焦虑、无助和恐惧等。尤其是当腹壁有伤口、出血、内脏脱出或被告知要紧急手术时，病人上述情绪和心理反应更加强烈。

## （四）辅助检查

（1）**实验室检查**。 血常规检查：实质性脏器破裂时，红细胞计数、血红蛋白值、血细胞比容进行性下降；空腔脏器破裂时，白细胞计数及中性粒细胞明显增高。 尿常规检查发现红细胞，提示有泌尿系损伤。 胰腺损伤时，血、尿淀粉酶值增高。

（2）**影像学检查**。 X线腹部立位平片：见膈下游离气体，提示胃肠道破裂。 B超、CT检查：主要用于诊断实质性脏器损伤。

（3）**腹腔穿刺和腹腔灌洗**。阳性率可达90%以上。操作方法：让病人向穿刺侧侧卧5分钟，在脐与髂前上棘连线的中、外1/3交界处或经脐水平线与腋前线交界处穿刺。通过观察穿刺抽得液体的性质来明确病因，**若抽出液为血液，抽出后迅速凝固，则可能误入血管；若抽出不凝固血液，说明有腹腔内实质性脏器破裂**。对疑有内脏器官损伤而腹腔穿刺阴性者，应继续严密观察，必要时可重复腹腔穿刺或改行腹腔灌洗术。

（4）**腹腔镜检查**。经上述检查仍不能确诊且疑有腹腔内脏器损伤时，考虑行腹腔镜检查，可直接观察损伤部位、性质及损伤程度，并能及时治疗。

## （五）处理原则

### 1. 非手术治疗

单纯腹壁损伤的处理原则同一般软组织损伤。对于生命体征等一般情况比较平稳，暂时不能确定有无内脏损伤或已明确是轻微内脏损伤者，可考虑非手术治疗，如抗休克、抗感染、禁食、补液、输血等，同时密切观察病情变化。

## 2. 手术治疗

对已确诊腹内脏器损伤者，或在非手术治疗期间病情加重者，应积极准备，尽早手术。对实质脏器破裂所致的大出血应在抗休克同时紧急手术；空腔脏器破裂病人，休克发生较晚，一般应在纠正休克的前提下进行手术。手术方法主要为剖腹探查术，包括探查、止血、修补、切除、清除腹腔内残留液和引流。

## 三、护理诊断/问题

- (1) 急性疼痛：与腹内脏器破裂及腹膜受消化液、血液刺激有关。
- (2) 焦虑与恐惧：与意外损伤刺激、出血、内脏脱出及担心预后有关。
- (3) 体液不足：与损伤出血、感染渗液、禁食有关。
- (4) 潜在并发症：失血性休克、急性腹膜炎、腹腔脓肿等。

## 四、护理措施

### (一) 急救护理

腹部损伤常合并多发性损伤，在急救时应分清主次和轻重缓急。首先处理危及生命的情况，如心跳呼吸骤停、窒息、大出血、张力性气胸等。对已发生休克者应迅速建立通畅的静脉通路，及时补液，必要时输血。对开放性腹部损伤，应妥善处理伤口，及时止血，做好包扎固定。如有少量肠管脱出，切勿强行回纳腹腔，以免加重腹腔污染，可用清洁敷料覆盖并用碗、盆等加以保护后包扎，送医院处理；如果大量肠管脱出，则应及时回纳腹腔，以免肠系膜血运障碍而导致肠管坏死。

### (二) 非手术治疗及手术前护理

原则上执行急性腹膜炎非手术疗法护理措施，但应注意以下几点。

#### 1. 一般护理

- (1) 绝对卧床休息，不随意搬动病人，在病情许可的情况下取半卧位。如需做 X 线、B 超等检查，应有专人护送。
- (2) 腹腔内脏器损伤未排除前应禁饮禁食，明显腹胀或怀疑胃肠破裂者应进行胃肠减压。禁食期间应补充液体，必要时输血。

#### (3) 加强口腔及皮肤护理等。

#### 2. 病情观察

- (1) 注意生命体征的变化，每 15～30 分钟测呼吸、脉搏和血压及血氧饱和度一次。
- (2) 观察腹部症状、体征的变化，每 30 分钟巡视一次。
- (3) 动态检测红细胞计数、血细胞比容和血红蛋白值。
- (4) 注意有无失血性休克、急性腹膜炎等并发症的发生。

#### 3. 治疗配合

- (1) 诊断未明确前，禁用吗啡、哌替啶等镇痛药物。禁用泻药及灌肠。
- (2) 尽早输液，纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱。

(3) 遵医嘱使用足量抗生素。开放性损伤者, 常规注射破伤风抗毒素。

(4) 一旦决定手术, 应及时做好腹部急症手术的术前准备。

#### 4. 心理护理

关心、体贴、同情病人, 及时向病人解释病情变化, 介绍辅助检查的目的及手术治疗的必要性, 做好各项检查前、手术前和手术后相关的知识指导, 消除其焦虑、恐惧感, 积极配合各项治疗和护理。

#### (三) 手术后护理

腹部损伤病人手术后, 原则上执行急性腹膜手术后护理, 但应注意以下几点。

##### 1. 一般护理

(1) 体位与活动: 术后病人血压平稳后取半卧位, 以利引流和改善呼吸鼓励病人及早活动。

(2) 禁食、胃肠减压: 术后继续禁食禁饮, 胃肠减压。待胃肠道功能恢复, 肛门排气后, 可拔除胃管, 指导病人摄入易消化、营养丰富的食物, 从流质饮食开始, 逐渐过渡到半流质饮食或普食以保证能量供给, 促进伤口愈合及机体康复。

##### 2. 病情观察

(1) 定时监测生命体征。

(2) 观察腹部症状和体征, 及时发现术后并发症。

(3) 观察并记录腹腔引流管引流情况。

(4) 观察伤口敷料是否干燥, 有无渗血渗液。

##### 3. 治疗配合

(1) 腹腔引流管护理: 妥善固定; 保持引流通畅; 保持清洁, 每日更换引流袋 1 次; 观察记录引流液性状; 掌握拔管指征, 及时拔管。

(2) 防治感染: 遵医嘱应用抗生素。同时鼓励病人深呼吸, 咳嗽排痰, 防止肺部感染。

(3) 静脉输液: 维持水、电解质和酸碱平衡; 加强营养支持, 必要时输血浆、全血或全胃肠外营养。

#### (四) 健康指导

(1) 加强劳动保护、安全生产、交通规则等方面的知识教育, 避免意外损伤的发生。

(2) 学习常见急救知识, 在意外发生现场, 能进行简单的急救或自救。

(3) 发生腹部损伤后, 应及时到医院就诊。

(4) 出院后要适当休息, 加强锻炼, 增加营养, 促进康复。若有腹痛、腹胀等不适, 应及时到医院复诊。



### 高考链接

【例 1】(2011 年高考题) 腹腔内实质性脏器损伤最可靠的诊断依据是 ( )。

A. 腹膜刺激征    B. 移动性浊音阳性    C. 膈下游离气体    D. 腹穿抽出不凝血

【分析】若抽出液为血液, 抽出后迅速凝固, 则可能误入血管; 若抽出不凝固血液, 说明有腹腔内实质性脏器破裂。

【答案】D

【例 2】(2012 年高考题) 下列腹腔器官破裂, 以出血为主要表现的是 ( )。

A. 肝                      B. 胃                      C. 回肠                      D. 胆囊

【分析】实质性脏器损伤主要表现为腹腔内或腹膜后出血，肝脏、脾脏属于实质性脏器

【答案】A

【例 3】(2013 年高考题) 下列脏器损伤引起腹膜刺激征较轻的是 ( )。

A. 阑尾穿孔              B. 脾脏破裂              C. 胃穿孔                  D. 胆囊穿孔

【分析】实质性脏器损伤主要表现为腹腔内或腹膜后出血，肝脏、脾脏属于实质性脏器；空腔脏器损伤主要表现为急性弥漫性腹膜炎，胃、肠道、胆囊属于空腔脏器

【答案】B

【例 4】(2013 年高考题) 腹部外伤后，透视示膈下游离气体，可能发生破裂的脏器是 ( )。

A. 肝                      B. 胃                      C. 脾                      D. 肾

【分析】空腔脏器损伤损伤时可见膈下游离的气体。

【答案】B



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 腹部损伤行腹腔穿刺抽得不凝血液，应考虑诊断为 ( )。

A. 空腔脏器破裂    B. 实质脏器破裂    C. 后腹膜血肿    D. 误穿入腹腔血管

2. 诊断外伤性脾破裂最重要的是 ( )。

A. 左上腹有外伤史                      B. 有早期休克表现  
C. 腹部有压痛而且逐渐扩大              D. 诊断性腹腔穿刺，有不凝固血液

3. 腹部闭合性损伤患者，最有价值的症状体征是 ( )。

A. 腹部压痛              B. 腹膜刺激征              C. 肠鸣音亢进              D. 肠鸣音减弱

4. 腹部闭合性损伤诊断中最关键的问题是确定 ( )。

A. 是否有内脏损伤                      B. 是何种脏器受到损伤  
C. 是否为多发性损伤                      D. 有无腹膜后脏器损伤

5. 腹部损伤行腹腔穿刺抽得不凝血液，诊断应考虑为 ( )。

A. 腹壁血肿或误入腹壁血管              B. 误穿腹腔血管  
C. 空腔脏器破裂                      D. 实质性脏器破裂

6. 腹部闭合性损伤诊断尚未明确，下列处理不正确的是 ( )。

A. 禁食，输液                      B. 进行诊断性腹腔穿刺  
C. 严密观察生命体征                      D. 注射哌替啶止痛

7. 腹部外伤合并失血性休克，主要处理原则为 ( )。

A. 在积极治疗休克的同时手术探查止血    B. 给予大量止血药物  
C. 主要为输血以补足血容量                      D. 应用大量抗生素控制感染

8. 腹部最容易受伤的实质性脏器是 ( )。

A. 肝脏                      B. 脾脏                      C. 胰腺                      D. 肾脏

9. 男，19 岁，从 7m 高处坠落后腹痛 30 分钟查体：面色苍白，血压 60/45mmHg，脉搏 120 次/分，全腹压痛及反跳痛。为明确有无内脏损伤，下列检查应最先进行的是 ( )。

A. 胸腹部 X 线摄片                      B. 腹部 B 超



C. 腹部 CT

D. 诊断性腹腔穿刺

10. 腹部闭合性损伤, 持续腹痛, 血压 80/60mmHg, 脉搏 120 次/分, 诊断尚未确定, 应给予的处置是 ( )。

A. 吗啡止痛

B. 积极补充血容量, 抗休克

C. 鲁米那镇静

D. 扶持患者去放射科透视

## 二、简答题

简述腹部损伤患者出现哪些症状或体征需要考虑内脏损伤的可能。

## 三、病例分析题

公路上, 两辆汽车相撞, 发生严重事故, 现场汽车内乘客伤情各异, 有的大喊大叫, 有的可见外伤出血, 有的腹部损伤, 有的内脏脱出, 有的呼吸心搏停止。

(1) 针对该事故现场, 你如何安排急救的顺序?

(2) 如果患者出现腹内脏器损伤, 如何判断是实质性脏器损伤还是空腔脏器损伤?

(3) 腹部损伤的处理原则有哪些?

## 第四节 骨折病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握骨折病人的护理评估及护理措施。
2. 理解骨折的概念、原因分类及护理诊断。
3. 了解常见骨折及护理要点。



### 知识梳理

#### 一、概述

骨折 (fracture) 是指骨的连续性和 (或) 完整性的中断。主要由外伤引起, 少数因为骨质的严重病变而继发骨折。

##### (一) 根据骨折原因分类

##### 1. 外伤性骨折

外伤性骨折可见于以下情况。

- (1) 直接暴力: 骨折发生在受力的部位, 多为横断骨折和粉碎骨折。
- (2) 间接暴力: 骨折发生在远离暴力作用的部位。多为斜形骨折、螺旋形骨折、压缩性骨折。
- (3) 牵拉暴力: 当肌肉猛烈收缩, 牵拉其附着处的骨质, 使其发生骨折。
- (4) 疲劳应力: 伤力较弱, 但长期反复作用于骨的某个部位, 导致骨折, 如长途行军所致的第 2、第 3 跖骨颈骨折。

##### 第 2、第 3 跖骨颈骨折。

##### 2. 病理性骨折

骨质被肿瘤、结核、骨髓炎等疾病破坏, 在轻微外力作用下即可导致骨折。

### （二）根据骨折端是否与外界相通分类

根据骨折端是否与外界相通，骨折可分为闭合性骨折和开放性骨折。闭合性骨折者皮肤粘膜完整，细菌不易侵入骨折端。开放性骨折者皮肤粘膜的完整性破坏，骨折端与外界相通，易发生感染。

### （三）根据骨折的程度及形态分类

（1）不完全性骨折：骨折后，骨的完整性或连续性仅有部分破坏中断，如颅骨、肩胛骨及长骨的裂缝骨折，儿童的青枝骨折等均属不完全性骨折。

（2）完全性骨折：骨折后，骨的完整性或连续性完全中断，多见于管状骨。根据骨折线的方向和形态可分为横形骨折、斜形骨折、螺旋形骨折、粉碎性骨折、嵌插骨折、压缩骨折、凹陷性骨折和骨骺分离等。

### （四）根据骨折处的稳定性分类

（1）稳定性骨折：骨折端不易移位或复位固定后不易发生再移位者，如裂缝骨折、青枝骨折、横形骨折、嵌插骨折等。

（2）不稳定性骨折：骨折端易移位或复位固定后易发生再移位者，如斜形骨折、螺旋形骨折、粉碎性骨折等。

### （五）根据骨折时间长短分类

根据骨折时间长短，骨折分为新鲜骨折和陈旧骨折，3周以内为新鲜骨折，3周以上为陈旧骨折。

### （六）骨折愈合过程

根据组织学和细胞学的变化，通常将骨折的愈合过程分为3个阶段。

（1）血肿机化期。这一过程持续2~3周才能初步完成，骨折断端形成纤维连接，断端附近骨内外膜处形成骨样组织。

（2）原始骨痂形成期。一般需4~8周。断端处逐渐形成内骨痂、外骨痂、桥梁骨痂、环状骨痂和腔内骨痂，这些骨痂不断钙化加强，当其达到足以抵抗肌收缩及剪力和旋转力时，则骨折达到临床愈合。病人可拆除外固定，进行功能锻炼，逐渐恢复日常活动。

（3）骨痂改造塑型期。原始骨痂逐渐被改造成为永久骨痂，具有正常的骨结构。骨髓腔可再通，恢复骨的原形，此时可进行正常的劳动。这一过程成人大约需要1~2年。

### （七）影响骨折愈合因素

骨折的愈合过程可受多种因素的影响而致愈合延迟、不愈合或畸形愈合。影响骨折愈合因素有全身因素、局部因素和治疗因素。全身因素有年龄、性别、发育、营养及健康状况等；局部因素有骨折的类型和数量、引起骨折的原因、骨折部位血运情况、周围软组织损伤程度、神经功能障碍、感染、软组织的嵌入；治疗因素有过度牵引、复位不及时或复位不当、固定不妥、手术操作不当、过早或不当的康复治疗。

## 二、护理评估

### （一）健康史

评估病人的受伤经过，明确外力的大小、性质和作用方向，了解受伤后的急救处理经过；既往有无骨质疏松、骨肿瘤史或骨折和手术史；询问病人近期有无服用激素类药物及药物过敏史。

## （二）身体状况

### 1. 一般表现

一般可有肿胀、瘀斑或出血、疼痛和压痛、功能障碍等表现。开放性骨折病人可见到伤口出血并可有骨质外露。

### 2. 专有表现

**畸形、反常活动、骨擦音或骨擦感。**畸形是由于骨折段的移位导致受伤肢体外形改变，表现为肢体短缩、成角、弯曲等。反常活动是指在没有关节的部位发生了类似关节样的活动。骨擦音或骨擦感是指在活动骨折端时可以感觉到粗糙物体之间的摩擦感觉或听到粗糙物体之间摩擦的声音。在检查骨折专有体征时，应在初次检查病人时注意，切忌反复检查，以免增加病人的痛苦或造成神经血管的损伤。

### 3. 并发症的评估

骨折的并发症较多，早期并发症有感染、休克、血管损伤、神经损伤、脂肪栓塞、骨筋膜室综合征、内脏损伤等；晚期并发症有关节僵直、畸形愈合、损伤性骨化、骨形成异常、创伤性关节炎、缺血性骨坏死等。尤其需要重点关注的并发症如下。

（1）休克：严重创伤，骨折引起大出血或重要器官损伤所致。病人有休克征象时，应积极止血、输液，有重要脏器损伤时及时处理。

（2）神经、血管损伤：骨折端刺破神经或压迫神经，使其支配肢体的感觉减退或消失，肌力减退，肢体运动功能障碍，生理反射减弱或消失。邻近的血管被骨折端刺破或压迫，使其肢体远端血液循环障碍，出现皮肤苍白、发凉、脉搏减弱或消失、肢体坏死。搬运病人时注意避免继续损伤，出现肢体远端血液循环障碍，报告医生处理。

（3）感染：多见于开放性骨折，细菌进入伤口内，引起化脓性骨髓炎或脓毒症。

（4）骨筋膜室综合征：最多见于前臂和小腿闭合性骨折。是由于骨折时出血、水肿，导致骨筋膜室内的压力增高，压迫血管造成急性缺血。主要表现是局部剧烈疼痛、肿胀、皮肤张力增高、有时可见到水疱，肢体呈微屈曲状态，被动伸展剧痛，远端动脉搏动减弱或消失。骨筋膜室综合征处理不当可导致缺血性肌痉挛严重并发症。

（5）关节僵硬：这是骨折和关节损伤最为常见的晚期并发症。患肢长时间固定，静脉和淋巴回流不畅，关节周围组织中浆液性渗出和纤维蛋白沉积，发生纤维粘连，并伴有关节囊和周围肌挛缩，致使关节活动障碍。及时固定和积极进行康复治疗是预防和治疗关节僵硬的有效方法。

## （三）心理-社会状况

骨折引起的疼痛、行动障碍等，常使病人表现出忧虑、失眠、烦躁、情绪异常。多发性损伤病人多需住院和手术等治疗，由此形成的压力可影响病人与家庭成员的心理状态和相互关系。

## （四）辅助检查

（1）实验室检查。血常规检查可了解骨折是否合并感染；尿常规检查可了解有无泌尿系损伤。

（2）影像学检查。所有骨折和可疑骨折的病人都要行X线正侧位平片检查，以明确骨折的程度及类型，判断治疗的效果及骨折愈合情况等。CT、MRI检查可以帮助了解结构复杂的骨折和其他组织的损伤，如脊柱骨折引起脊髓损伤的情况。

## （五）处理原则

**骨折的治疗原则是复位、固定和功能锻炼。**复位有手法复位、手术复位、牵引复位。固定方法有外固定和内固定，外固定包括小夹板、石膏、外固定架、牵引固定（皮牵引、骨牵引、牵引带牵引）；内固定包括螺丝钉、钢板、髓内针、克氏针、张力带内固定等。功能锻炼分为3个阶段，

早期（2周内）、中期（2周~2个月）、后期（2个月以上）锻炼。此外，内外用药（主要是用活血化瘀的药物）对骨折愈合有一定的促进作用。

### 三、护理诊断/问题

- （1）急性疼痛：与骨折、肢体肿胀、感染等有关。
- （2）躯体活动障碍：与疼痛、制动、外固定有关。
- （3）潜在并发症：感染、骨筋膜室综合征、关节僵硬等。

### 四、护理措施

#### （一）现场急救护理

（1）抢救生命。骨折病人出现呼吸心跳停止、休克、大出血、窒息、张力性或开放性气胸时，配合医生或独立进行现场急救，包括人工呼吸、胸外按压、压迫止血、给氧、输液等处理。注意观察呼吸、脉搏、血压、神志情况，并做详细记录。

（2）处理伤口。伤口用无菌敷料或现场最为清洁的布类进行包扎，以压迫止血和避免伤口进一步污染；伤口出血用绷带加压包扎，不能止血时可用止血带止血，使用止血带止血时，注意标明止血带的使用时间，每40~60分钟放松1次。如果骨折端外露，远端肢体动脉搏动减弱，可沿肢体方向稍作牵拉，使压迫解除，但不能使骨折端复位，以免细菌侵入。

（3）妥善固定。**固定是骨折急救的重要措施。**凡疑有骨折者均应按骨折处理。用简单的方法做骨折肢体的固定，最好用小夹板固定，也可现场取材，如树枝、木棍、木板等。必要时可利用人体进行固定，上肢用纱布绷带固定于躯干上，下肢用纱布绷带固定于健侧，以达到防止继续损伤、减轻疼痛、便于搬运的目的。

（4）搬运转运。经过简单的现场处理后，快速将病人送往附近医院进行治疗。转运病人应选用合适的转运工具，如救护车等。搬动骨盆骨折者，在搬动时，先行骨盆兜固定、平拉下肢翻动或将病人平行托起，防止骨盆分离和上移；脊柱骨折者，尽量减少搬动，必须搬动时，3或4人平行托起，平行放下，始终保持脊柱中立位，切忌背驮、抱托或坐立；颈椎骨折者，须用双手牵引头部，使颈椎维持中立位，平置病人于硬板上，在头颈两侧放置沙袋或布团以限制头颈活动，现场有条件者可在牵引下安放颈托，保持头颈躯干平直，不能屈曲、旋转，防止发生移位，损伤颈部脊髓。

#### （二）一般护理

（1）卧床护理。骨科病人常需长时间卧硬板床。对长期卧床者，定时协助翻身、按摩、沐浴、洗头、剪指甲、更衣等，做好口腔及皮肤护理；保持病室环境和床单整洁，空气新鲜，增加病人舒适感；指导病人深呼吸，预防下肢静脉血栓形成及呼吸系统等并发症。

（2）饮食护理。给病人提供高蛋白、高热量、富含维生素饮食，多吃水果蔬菜，以防便秘；长期卧床者易发生骨质脱钙，应多饮水，预防泌尿系结石形成。

#### （三）病情观察

（1）生命体征：创伤严重者观察体温、脉搏、呼吸、血压。

（2）肢端血运状况：患肢末梢皮肤的色泽、温度，了解有无肿胀、青紫、感觉异常及肢体运动障碍情况；对比双侧肢体的周径，评估患肢肿胀程度，是否发生骨筋膜室综合征。

（3）伤口情况：对于开放性损伤或手术者，观察伤口渗血情况；观察伤口有无红、肿、热、痛、

流脓等感染迹象

#### (四) 治疗配合

##### 1. 小夹板固定病人的护理

小夹板固定是利用小夹板在适当部位加固定垫,绑在骨折部位肢体的外面,外扎横带,以固定骨折。护理时注意以下几点。协助医生选择大小、型号合适的小夹板,准备衬垫物及固定垫。夹板固定松紧适度,夹板固定的布带能上下可移动 1cm 或两块夹板之间能容纳成人一横指。抬高患肢,促进血液循环,减轻肿胀和疼痛。门诊病人,需告知亲属及病人,如果出现末梢肿胀、青紫、麻木、疼痛、活动障碍、脉搏减弱或消失,及时返院复诊;前 3 天每日来院复查一次,随着肿胀的加重或减轻,可能出现固定过紧或过松,以便及时调整。定期拍 X 线片,以便了解骨折有无移位,避免发生畸形愈合,影响外观和功能。指导病人进行功能锻炼。

##### 2. 牵引病人护理

向病人及其亲属介绍牵引的意义、目的、步骤、注意事项,以取得其配合。牵引肢体局部皮肤必须用肥皂水和清水擦洗干净,去除油污。必要时剃毛,行颅骨牵引时,应剃除全部头发。了解药物过敏史。准备好牵引用物。牵引操作过程中,摆好并维持病人患肢位置,协助医生麻醉、做牵引。操作后保持有效牵引,应注意以下几点。皮牵引时胶布绷带有无松脱,扩张板位置是否正确;若出现移位,应及时调整。颅骨牵引时,每日检查牵引弓,并拧紧螺母,防止牵引脱落。

保持有效牵引,牵引绳不可随意放松,也不应有其他外力作用,以免影响牵引力。牵引重锤应保持悬空,牵引重量不可随意增减或移去,以免影响骨折的愈合。保持对抗牵引力量。颅骨牵引时,应抬高床头;下肢牵引时,应抬高床尾 15~30cm。若身体移位、抵住了床头或床尾,应及时调整,以免失去了牵引作用。骨牵引病人,应保持牵引针孔周围皮肤清洁,在针孔处滴 75% 酒精,每日 2 次,预防感染。**每日测量肢体长度,两侧对比,防止牵引力量不足或过度牵引。**

告知病人和亲属牵引期间始终保持正确位置,牵引方向与肢体长轴应成直线,以达到有效牵引。

##### 3. 石膏固定病人的护理

(1) 准备工作:向病人及亲属解释说明石膏固定的必要性。解释操作过程中石膏散热属正常现象,并告知病人肢体关节必须固定在功能位或所需的特殊体位,中途不能随意变动,以取得病人配合。做好石膏固定处的皮肤准备:用肥皂水及清水清洁皮肤并擦干;有伤口者更换敷料;发现皮肤异常应记录并报告医生。准备一盆温水(35~40℃);根据固定范围的大小,选择适合的石膏卷并折叠;将准备好的石膏卷平放并完全浸没在水中,待其停止冒气泡,完全浸透后,两手持石膏卷两头取出,并向中心轻挤,以挤出过多水分。

(2) 协助包扎:石膏绷带固定的类型分为石膏托固定和石膏管型固定。在石膏固定处的皮肤表面覆盖一层衬垫以防局部受压形成压疮。石膏托固定时,应注意用手掌托起石膏,切忌用手指捏、提,协助医生使用纱布卷轴绷带将石膏托妥善固定好;石膏管型固定时强调石膏绷带自肢体近端向远端包扎,松紧度适中,每圈压前一圈的 1/3。暴露肢体末端,便于观察血运、感觉及运动。修整石膏边缘,伤口处开窗,以便日后换药。

(3) 加速石膏凝固:石膏从硬固到完全干固需 24~72 小时;应创造条件加快干固,可适当提高室温或用灯泡烤箱、红外线照射烘干。但应注意石膏传热,温度不宜过高,以防灼伤潮湿的石膏容易断裂和变形,需要搬运时,用手掌平托石膏固定的肢体,维持肢体的位置,避免石膏折断。

(4) 保持石膏清洁、干燥:石膏污染时可用布蘸洗涤剂擦拭,清洁后立即擦干,避免浸湿。及时更换断裂、变形或严重污染的石膏。

(5) 石膏切开与更换：肢体肿胀时，为防止血管和神经受压，可将石膏切开。切开时注意全层切开以充分减压和避免伤及皮肤石膏管型固定后，若因肢体肿胀消退或肌萎缩而失去固定作用时，应予重新更换，以防骨折错位。

(6) 石膏拆除：拆除石膏管型前向病人解释拆除的过程及感觉，协助医生保护肢体，拆除后石膏下的皮肤一般有一层暗褐色的痂皮或死皮、油脂等，其下的新生皮肤较为敏感，避免搔抓，可用温开水清洗后，涂抹护肤霜。

石膏固定病人的常见并发症有压疮、失用性骨质疏松和关节僵硬、化脓性皮炎、骨筋膜室综合征、石膏综合征等。骨筋膜室综合征的预防方法是包扎不要过紧，密切观察，及时发现，迅速减压；石膏综合征多由于大型石膏或包扎过紧，导致病人呼吸费力，进食困难，胸部发憋，腹部膨胀。预防方法包扎石膏时适当留有余地，食量不要过多，上腹开窗等。

#### 4. 手术病人的护理

(1) 手术前护理：重点是皮肤准备，术前 2、3 日每日用肥皂水彻底清洗手术区皮肤，用 75% 酒精消毒后用无菌布单包扎手术区，手术早晨重新消毒后更换无菌巾包扎，送手术室。

开放性骨折，给予紧急处理后，进行清创术，遵医嘱注射破伤风抗毒素及抗生素。

(2) 手术后护理：制动、抬高患肢以促进血液循环，减轻水肿；遵医嘱使用有效的抗生素预防感染。

#### (五) 心理护理

骨折病人及亲属的心理变化比较复杂，多与病人进行交流，耐心听取病人诉说，同情病人的心理感受，有针对性地消除病人产生焦虑的因素。

#### (六) 健康指导

告知病人出院后继续康复治疗的方法和意义；向病人和亲属详细说明有关夹板、石膏或外固定器的应用和护理知识；指导病人使用轮椅、步行辅助物，提高病人自我照顾的能力；告知病人若出现肢体肿胀或疼痛明显加重，骨折远端肢体感觉麻木、肢端发凉，夹板、石膏或外固定器械松动等，应立即到医院复查并评估功能康复的情况。

## 五、常见骨折

### (一) 桡骨下端骨折

桡骨下端骨折是指距桡骨下端关节面 3cm 以内的骨折。伸直型骨折 (Colles 骨折) 最多见，多为腕关节处于背伸位、手掌着地、前臂旋前时受伤。骨折的远端向桡、背侧移位，近端向掌、尺侧移位。临床表现为伤侧腕关节肿胀、疼痛、活动受限，侧面呈“餐叉状”畸形，正面呈“枪刺刀样”畸形 (图 5-5)。



(1) “餐叉状”畸形



(2) “枪刺刀样”畸形

图 5-5 伸直型骨折畸形示意图

护理要点：用吊带或三角巾将患肢托起，避免患肢下垂引起的静脉回流障碍。石膏固定时注意观察患肢皮肤颜色、温度、有无肿胀及桡动脉搏动情况。指导病人早期进行拇指及其他手指的主动运动、用力握拳、充分屈伸五指的练习，以减轻水肿，增加静脉回流。同时进行肩、肘关节康复治疗，防止关节僵硬或肌萎缩。伤后 2 周进行腕关节背伸和桡侧偏斜练习，同时进行前臂旋转运动。

### （二）肱骨髁上骨折

肱骨髁上骨折是指肱骨干与肱骨髁的交界处发生的骨折。多发生于 10 岁以下儿童，主要由间接暴力引起，可分为伸直型和屈曲型两种，以伸直型多见。主要表现为手掌着地受伤后肘部出现疼痛、肿胀、皮下瘀斑，肘部后突处于半屈位。肘后三角关系正常。可有骨擦音、反常活动等；可伴有正中、桡、尺神经损伤，表现为手的感觉、运动功能障碍。可致肱动脉挫伤或受压，发生血管痉挛致前臂缺血，出现剧痛、手部皮肤苍白、发凉、麻木，被动伸指疼痛，桡动脉搏动减弱或消失，严重者可造成前臂缺血性肌痉挛（爪形手）等表现（图 5-6）。



图 5-6 前臂缺血性肌痉挛——爪形手畸形

护理要点：上肢制动，固定于功能位。注意观察患肢是否出现疼痛、麻木、肿胀、苍白或发绀。开放性骨折和手术后病人注意伤口有无红、肿、热、痛、分泌物等，一旦发现及时通知医生。观察神经损伤的恢复情况。伤后第 1 周，患侧肢体避免活动；1 周后逐渐开始握拳、伸指、腕关节屈伸及肩关节活动；4~5 周后在去除外固定后，进行肘关节屈伸康复治疗。

### （三）股骨颈骨折

股骨颈骨折多发生于中、老年人，与骨质疏松导致的骨质量下降有关。股骨颈血供较差，尤其头下型骨折又造成血管损伤，不愈合率高，易发生股骨头坏死及塌陷。按骨折的部位分为头下型骨折、经颈型骨折、基底部骨折（图 5-7）。病人跌倒后髋部疼痛，移动患肢时疼痛更明显，不能站立或行走，患肢呈现轻度屈髋屈膝、内收、外旋、短缩畸形（图 5-8）。

大粗隆上移，髋部有压痛，纵向叩击痛阳性。

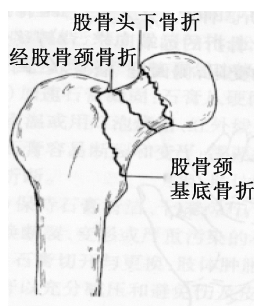


图 5-7 股骨颈骨折按骨折部位分类

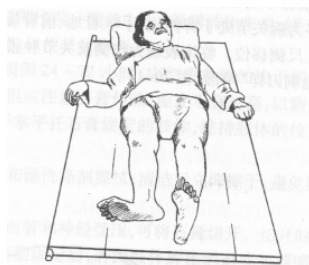


图 5-8 股骨颈骨折伤肢的外旋畸形

护理要点：保守治疗时患肢制动，卧床时两腿之间放一枕头，使患肢呈外展中立位，防止髋关节外旋或脱位。通过下肢支架或沙袋固定保持患肢于合适体位。有手术指征时可采用内固定术、人工股骨头置换术、人工关节置换术等。观察患肢的血液循环，如有异常及时报告医生。卧床病

人,若条件允许,定期翻身拍背、排痰,鼓励深呼吸,防止肺部并发症;定时翻身、局部按摩、沐浴,保持床单清洁、干燥,骨质隆起处放置气圈,防止压疮发生;多饮水,多食粗纤维食物,防止便秘。后期指导病人练习股四头肌的等长收缩、双上肢及健侧下肢的全范围关节活动和康复治疗;一般8周后复查X线片,若无异常可去牵引后在床上坐起;3个月可先扶拐患肢不负重活动,后逐渐换单拐部分负重活动;6个月后复查X线片检查显示骨折愈合老后,可完全负重行走。

## 高考链接

【例1】(2011年高考题)骨折特有的体征是( )。

- A. 压痛、肿胀、畸形、反常活动      B. 畸形、反常活动、骨擦音或骨擦感  
C. 压痛、瘀斑、畸形、反常活动      D. 肿胀、畸形、瘀斑、骨擦音或骨擦感

【分析】骨折特有的体征是畸形、反常活动(假关节形成)、骨擦音或骨擦感。

【答案】B

【例2】(2014年高考题)骨折特有的体征包括( )。

- A. 疼痛、假关节形成、骨擦音或骨擦感  
B. 畸形、出血、骨擦音或骨擦感  
C. 畸形、假关节形成、骨擦音或骨擦感  
D. 畸形、假关节形成、神经损伤

【分析】骨折特有的体征是畸形、反常活动(假关节形成)、骨擦音或骨擦感。

【答案】C

【例3】(2015年高考题)属于骨折早期并发症的是( )。

- A. 畸形愈合      B. 缺血性骨坏死      C. 骨筋膜室综合征      D. 关节僵硬

【分析】骨折早期并发症有感染、休克、血管损伤、神经损伤、脂肪栓塞、骨筋膜室综合征、内脏损伤等;晚期并发症有关节僵直、畸形愈合、损伤性骨化、骨形成异常、创伤性关节炎、缺血性骨坏死等。

【答案】C

【例4】(2012年高考题)患者,女性,30岁。因车祸伤及右上肢,疼痛剧烈,急入院。图5-9系所拍右前臂正侧位X线片。请回答:

- (1) 该患者的诊断。
- (2) 该类病的特有体征。
- (3) 该类病的早期并发症。

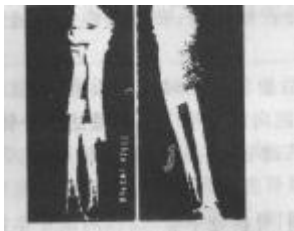


图5-9 右前臂正侧位X线片



【答案】:(1) 右尺桡骨骨折。

(2) 畸形;反常运动(或假关节形成);骨擦音(或骨擦感)。

(3) 休克、感染、血管损伤、周围神经损伤、内脏损伤、脂肪栓塞、骨筋膜室综合征。



## 反馈训练

### 一、选择题

- 可确定诊断骨折的是( )。
  - 肿胀、瘀斑
  - 剧烈疼痛
  - 反常活动
  - 局部明显压痛
- 下列不是骨折晚期的并发症的是( )。
  - 关节僵直
  - 神经损伤
  - 创伤性关节炎
  - 畸形愈合
- 石膏管型固定的病人诉肢体疼痛,以下处理错误的是( )。
  - 向疼痛处填塞棉花缓解疼痛
  - 抬高患肢
  - 调整肢体体位
  - 疼痛处石膏管型开窗减压
- 下列是骨折病人发生僵硬的主要原因是( )。
  - 合并肌肉损伤
  - 合并血管损伤
  - 关节内骨折
  - 缺乏功能锻炼
- 下列是稳定性骨折的是( )。
  - 青枝骨折
  - 撕脱性骨折
  - 粉碎性骨折
  - 斜性骨折
- 闭合性骨折转运前最重要的救治措施是( )。
  - 使用止痛药
  - 抬高患肢
  - 保持肢体功能位
  - 肢体固定
- 下列骨折现场急救措施不妥的是( )。
  - 妥善固定伤肢
  - 详细体格检查
  - 用清洁布类包扎伤口
  - 迅速平稳的转运病人
- 治疗骨折首选的治疗方法是( )。
  - 切开复位与内固定
  - 手法复位与外固定
  - 手法复位与内固定
  - 经皮穿刺骨外固定
- 下列不是骨折牵引目的的是( )。
  - 复位作用
  - 骨折固定作用
  - 防止骨质脱钙
  - 矫正畸形
- 开放性骨折的主要并发症是( )。
  - 大量出血
  - 发生感染
  - 失用性致残
  - 畸形愈合
- 在护理骨牵引病人时,如牵引过度可引起( )。
  - 肌肉萎缩
  - 骨愈合障碍
  - 骨质脱钙
  - 剧烈疼痛
- 以下骨牵引护理措施中错误的是( )。
  - 维持肢体在整复或固定位置
  - 床头或床尾抬高 15 ~ 30cm
  - 牵引针不可左右移动
  - 及时去除针孔处血痂
- 患者,男,30岁,股骨干骨折,行胫骨结节牵引术,其牵引重量应( )。
  - 不超过 5kg
  - 约为体重的 1/6 ~ 1/5
  - 约为体重的 1/10 ~ 1/7
  - 约为体重的 1/15
- 易发生缺血性肌挛缩的常见骨折是( )。
  - 骨盆骨折
  - 股骨骨折
  - 肱骨髁上骨折
  - 肩胛骨骨折

15. 关于小夹板固定的叙述中, 错误的是( )。

- A. 松紧度以不能上下移动为宜      B. 前1周内应随时调整束带松紧度  
C. 指导患者早期进行患肢功能练习      D. 肢端疼痛、发绀等应立即复诊

16. 李女士, 60岁。走路时不慎跌倒致右股骨颈骨折。给予持续皮牵引处理。该患者最容易发生的并发症是( )。

- A. 休克      B. 骨化性肌炎  
C. 髋关节创伤性关节炎      D. 右股骨头缺血性坏死

17. 患者跑步时不慎跌倒, 右手掌着地, 事后右腕剧痛, 肿胀, 活动障碍, 局部呈“餐叉”、“枪刺”畸形, 可能发生了( )。

- A. 桡骨远端伸直型骨折      B. 桡骨远端屈曲型骨折  
C. 腕骨骨折      D. 腕关节扭伤

## 二、简答题

1. 简述骨折的专有特征。
2. 简述骨折的治疗原则。
3. 简述骨折的早期并发症及远期并发症。

## 三、病例分析题

女童, 8岁, 不慎跌倒时以手掌撑地, 倒地后自觉右肘部剧烈疼痛, 大哭, 被立即送往医院。查体: 右肘部肿胀, 可见上臂成角畸形, 肘后三角关系正常, 不敢用右手取物。医生初步诊断为: 右肱骨髁上骨折。

- (1) 主要的护理诊断是什么?
- (2) 如何对患儿进行石膏固定的护理?
- (3) 对该患儿的观察重点是什么?

## 第五节 关节脱位病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握关节脱位的护理评估及护理措施。
2. 理解关节脱位的概念、病因分类及护理诊断。
3. 了解常见关节脱位及处理原则。



### 知识梳理

#### 一、概述

组成关节的各骨面失去正常的对合关系称为关节脱位(dislocation)。多发生于青壮年和儿童, 上肢关节脱位多于下肢关节脱位。

##### 1. 病因

- (1) 创伤: 有外来暴力作用于正常关节引起的脱位, 多发生于青壮年; 是脱位最常见的原因。

(2) 病理改变：由于关节疾病导致关节结构发生病变，骨端遭到破坏，不能维持关节面正常的对合关系。

(3) 先天性关节发育不良：胚胎发育异常导致关节先天性发育不良，出生后即发生脱位且逐渐加重。

(4) 习惯性脱位：创伤性脱位后，关节囊及韧带松弛或在骨附着处被撕脱，使关节结构不稳定，轻微外力即可导致再脱位，如此反复，形成习惯性脱位。

## 2. 分类

(1) 按脱位程度分类：分为全脱位与半脱位。前者指关节面对合关系完全丧失，后者指关节面对合关系部分丧失。

(2) 按脱位发生的时间分类：分为新鲜性脱位与陈旧性脱位。脱位发生在 2 周以内称新鲜性脱位；关节脱位发生在 2 周以上称陈旧性脱位。

(3) 按脱位后关节腔是否与外界相通分类：分为开放性脱位和闭合性脱位。开放性脱位者脱位关节腔与外界相通；闭合性脱位病人局部皮肤完好，脱位处不与外界相通。

## 二、护理评估

### (一) 健康史

了解受伤的经过，暴力的大小、性质、受伤部位、受伤的时间及治疗情况；了解有无其他疾病史。

### (二) 身体状况

#### 1. 一般表现

一般表现关节疼痛、肿胀、局部压痛，关节功能障碍。

#### 2. 专有表现

(1) **畸形**：关节脱位后骨端移位导致外形的改变，产生畸形。

(2) **弹性固定**：关节脱位后，患肢固定于异常位置，被动活动时感到有弹性阻力称弹性固定。

(3) **关节腔空虚**：关节脱位后在体表触摸关节腔，其内空虚，附近可触及脱位的骨端。

### (三) 心理-社会状况

脱位后关节疼痛、功能障碍以及关于预后等的忧虑，常使病人产生焦虑和烦躁情绪。

### (四) 辅助检查

(1) X 线检查：可了解脱位的程度、类型、是否合并骨折。

(2) CT 检查：可进一步了解是否合并有骨折及骨坏死。

### (五) 处理原则

**关节脱位治疗的原则是：复位、固定、功能锻炼。**对于新鲜的闭合性脱位，采用手法复位外固定。对于开放性脱位及早进行清创缝合，复位固定。对于陈旧性脱位、手法复位失败或合并有关节内骨折者应切开复位外固定。

(1) 复位包括手法复位和切开复位，以手法复位为主。

(2) 固定复位后将关节固定于功能位 2 周，使损伤的关节囊、韧带、肌肉等软组织得以修复。

(3) 功能锻炼目的是防止肌肉萎缩及关节僵硬。在固定期间要经常进行关节周围肌肉的伸缩活动和患肢其他关节的主动活动。固定解除后，逐步进行患部关节的主动功能锻炼，可配合理疗、按摩等方法，促使关节功能早日恢复。

### 三、护理诊断/问题

- (1) 急性疼痛：与关节脱位及关节周围软组织损伤有关。
- (2) 躯体移动障碍：与脱位后关节功能障碍及伤肢固定有关。
- (3) 潜在并发症：周围神经、血管损伤等。

### 四、护理措施

#### (一) 急症护理

开放性脱位，积极做好清创前的准备，及时配合医生实施清创术。闭合性脱位，及时配合医生进行复位、固定。固定期间做好常规的护理工作。

#### (二) 非手术治疗的护理及手术前的护理

(1) 病情观察。观察局部肿胀和血肿情况，复位后症状和体征是否消失，有无再脱位的危险。复位后病情有无好转，如感觉、运动、反射是否正常，末梢血运有无改变，动脉搏动是否正常。

(2) 治疗配合。解除疼痛：及时复位，妥善固定，必要时遵医嘱使用止痛剂。固定：复位后保持有效的固定。体位：抬高患肢，以利静脉回流，减轻肿胀。关节脱位经手法复位后，应注意保持患肢于关节的功能位。

(3) 心理护理。了解病人的心理反应，正确引导病人正视疾病。给予解释安慰，减轻紧张心理，使其树立起战胜疾病的信心，配合治疗和护理。

#### (三) 手术后的护理

(1) 病情观察：手术后密切观察生命体征，直至平稳。观察伤口有无渗血，渗血的量和速度；观察肢体远端动脉搏动情况，有无肿胀；观察肢体远端的感觉和运动情况，了解神经是否损伤。

(2) 治疗配合：伤口出血较多，协助医生包扎要时遵医嘱使用有效的抗生素。

#### (四) 健康指导

向病人讲述复位后固定、防止习惯性脱位的重要性。指导病人进行正确的功能锻炼：在固定期间，非固定关节进行关节的活动锻炼，固定关节进行肌肉舒缩活动。在外固定解除后逐渐地进行肢体功能的主动锻炼，防止肌肉萎缩及关节粘连。肩关节脱位主要锻炼前屈、后伸、旋转、环转、上举等功能；肘关节脱位主要锻炼屈、伸功能；髋关节脱位主要锻炼屈、伸、内收、外展、负重、行走功能。

### 五、常见关节脱位

临床上常见的关节脱位有肩关节、肘关节、髋关节。其中以肩关节脱位最多见。

#### (一) 肩关节脱位

肩关节脱位 (dislocation of the shoulder joint) 多由间接暴力所引起，可分为前脱位、后脱位、下脱位和孟上脱位 4 种类型，以前脱位多见。主要表现为患肩疼痛、肿胀、功能障碍，弹性固定，功能受限，常用健手托扶患侧前臂。二角肌塌陷，呈“方肩”畸形 (图 5-10)，关节盂空虚，在关节盂外可触及肱骨头。杜加试验 (Dugas 试验，也称搭肩试验) 阳性：患侧手掌搭于健侧肩上时，肘部不能紧贴胸壁；如果肘部紧贴胸壁，患侧手掌不能搭于健侧肩上。临床可通过 X 线检查明确脱位的类型及有无合并骨折。



图 5-10 肩关节前脱位，方肩畸形

处理原则：一般在局麻下行手法复位，常用手牵足蹬法及牵引旋转法。少数手法复位失败者采用手术切开复位。复位后可用长臂石膏托将关节固定于内收、内旋位，屈肘  $90^\circ$ ，患侧前臂用二角巾悬吊于胸前，一般固定 3 周左右。固定期间须活动腕部与手指，解除固定后，鼓励病人主动进行肩关节各方向活动的锻炼。

### （二）肘关节脱位

肘关节脱位 (dislocation of the elbow joint) 发生率仅次于肩关节脱位，好发于 10~20 岁青少年，多为运动损伤。肘关节脱位多由间接暴力所引起，根据脱位的方向可分为后脱位、侧方脱位和前脱位，以后脱位多见 (图 5-11)。主要表现为肘部疼痛、肿胀、活动障碍，畸形，弹性固定于半屈位，患者以健手托住患侧前臂。肘后空虚，可摸到凹陷，尺骨鹰嘴明显向后突出，肘后三角失去正常关系。临床通过 X 线检查，可了解脱位情况及有无合并骨折。

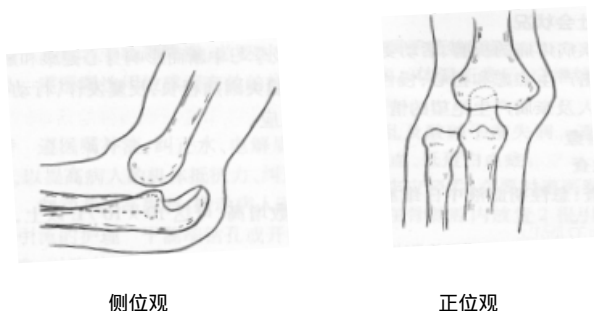


图 5-11 肘关节后脱位合并桡关节侧脱位的畸形

处理原则：尽早手法复位，对于手法复位失败者及超过 3 周的陈旧性肘关节脱位应施行切开复位。复位后用长臂石膏托固定肘关节于屈曲  $90^\circ$  位，前臂用三角巾悬吊于胸前，一般固定 2~3 周。在固定期间即开始肌肉的伸缩锻炼，如伸掌、握拳、手指屈伸等活动，同时在外固定保护下做肩、腕关节活动。解除固定后应尽早练习肘关节屈、伸和前臂旋转活动。

### （三）髌关节脱位

髌关节脱位 (dislocation of the hip joint) 的发生率较低，只有在强大的暴力作用和特殊姿势下才能导致脱位，往往同时合并骨折。按股骨头脱位后的位置可分为后脱位、前脱位和中心脱位，其中以后脱位最为常见，主要表现为患侧髌关节疼痛，主动活动功能丧失，被动活动时引起剧痛。髌关节后脱位时，患侧下肢呈屈曲、内收、内旋和短缩畸形，臀后隆起，可触及脱位的股骨头。髌关节前脱位时，患侧下肢呈外展、外旋和屈曲畸形。临床主要通过 X 线检查，可了解脱位及有

无合并髋臼或股骨头骨折。

处理原则：髋关节脱位后，最好于 24 小时在麻醉下行手法复位，常用的复位方法有提拉法和旋转法。对于闭合复位失败者应采用手术切开复位加内固定。复位后置下肢于外展中立位，持续皮肤牵引或穿丁字鞋固定患肢 2~3 周。制动早期，应鼓励病人进行患肢股四头肌的等长收缩锻炼，3 周后开始活动关节，4 周后可扶拐下地，3 个月内患肢不能负重。



## 高考链接

【例 1】(2013 年高考题) 下列属于关节脱位的专有体征的是 ( )。

- A. 疼痛                      B. 反常活动                      C. 弹性固定                      D. 功能障碍

【分析】关节脱位的专有体征畸形、弹性固定、关节腔空虚。

【答案】C

【例 2】(2011 年高考题) 患者，男性，35 岁。左肩部外伤后表现如图 5-12 所示。X 线片显示未见骨折。请回答：

- (1) 该患者最可能的临床诊断。
- (2) 该病最明显的两个体征。
- (3) 该病的治疗要点。



图 5-12 左肩部外伤后表现

【答案】：(1) 左肩关节脱位。

(2) 左肩关节外观呈“方肩”；Dugas 征阳性。

(3) 关节复位；足蹬法；旋转法；固定两周；功能锻炼。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 骨折与脱位都会出现的特有体征是 ( )。

- A. 畸形                      B. 弹性固定                      C. 反常活动                      D. 骨擦音

2. 关节脱位的特有表现是 ( )。

- A. 关节肿胀                      B. 弹性固定                      C. 活动障碍                      D. 局部疼痛

3. 患者，男性，59 岁。不慎跌倒，右肩部着地，感局部疼痛，不能活动，即送骨科急诊，查体显示右肩呈方肩畸形，右手不能搭于对侧肩部。常规检查应是 ( )。

- A. 病理检查                      B. 肝肾功能、血常规检查  
C. 尿常规检查                      D. X 线检查

4. 患者, 男性, 59 岁。不慎跌倒, 右肩部着地, 感局部疼痛, 不能活动, 即送骨科急诊, 查体显示右肩呈方肩畸形, 右手不能搭与对侧肩部。患者复位后采取的治疗是 ( )。

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| A. 三角巾固定 4 周     | B. 贴胸石膏固定 2 周 |
| C. 手法复位三角巾固定 3 周 | D. 皮肤牵引 1 周   |
5. 肩关节前脱位可有 ( )。
- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| A. 托马斯征 (Thomas) 阳性 | B. 杜加斯 (Dugas) 征阳性 |
| C. 墨菲征 (Murphy) 阳性  | D. Eaton 试验阳性      |

## 二、简答题

1. 简述关节脱位的临床表现。
2. 简述关节脱位的处理原则。

## 第六节 慢性软组织损伤病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握慢性软组织损伤的护理评估及护理措施。
2. 理解慢性软组织损伤的概念及护理诊断。



### 知识梳理

#### 一、概述

软组织是指人体的皮肤、皮下组织、肌肉、肌腱、韧带、关节囊、滑膜囊、神经、血管等。这些组织在受到外力作用下, 发生机能或结构的异常, 称软组织损伤。分急性损伤和慢性损伤。急性损伤分扭伤、挫伤、拉伤。慢性性损伤主要以下几种:

(1) 腰肌劳损: 腰肌劳损为腰部肌肉及其附着点筋膜, 甚或骨膜的慢性损伤性炎症, 为腰痛的常见原因。

(2) 腱鞘囊肿: 是关节附近的一种囊性肿块。慢性损伤使滑膜腔内滑液增多而形成囊性疝出; 或结缔组织粘液退行性变可能是发病的重要原因。

(3) 肩关节周围炎: 俗称肩周炎或凝肩。是肩周肌、肌腱、滑囊及关节囊的慢性损伤性炎症。

#### 二、护理评估

##### (一) 健康史

了解有无软组织急性或慢性损伤史, 了解受伤经过及诊疗情况, 排除结核病史; 了解有无其他部位的肿瘤, 治疗经过及疗效。

##### (二) 身体状况

(1) 腰肌劳损。 无明显诱因的慢性疼痛为主要症状。腰痛为酸胀痛, 休息后可缓解, 但卧床过久又感不适, 稍事活动后又减轻, 活动过久疼痛再次加剧。 在疼痛区有固定压痛点, 该点位置常在肌肉起止点附近, 或神经肌肉结合点。在压痛点进行叩击, 疼痛反而减轻, 这是与深部骨疾

患的区别之一。 有单侧或双侧骶棘肌痉挛征。 可能脊柱后突、侧突或长期坐位、弯腰工作史。

(2) 腱鞘囊肿。 以女性和青少年多见。腕背、腕掌侧桡侧屈腕肌腱及足背发病率最高。

病变部位出现一缓慢长大包块,表面光滑,不与皮肤粘连。囊内液体充盈,触之如硬橡皮样实质感觉。重压包块或活动关节时有酸胀痛。

(3) 肩关节周围炎。 女性多于男性,左侧多于右侧,亦可两侧先后发病。多为中老年患者。

逐渐出现肩部某一处痛,与动作、姿势有明显关系。 体检:三角肌轻度萎缩,斜方肌痉挛;肩关节以外展、外旋、后伸受限最明显。 年龄较大或病程较长者,X线平片可见骨质疏松或钙化征。

### (三) 心理-社会状况

病人病程较长,呈慢性过程,时轻时重,迁延不愈,给生活和工作带来不便,病人常焦虑或抑郁。

### (四) 辅助检查

影像学检查:主要用于鉴别有无结核、肿瘤等软组织疾病。

### (五) 处理原则

通常采用非手术治疗,主要包括适当休息、理疗、针灸等。

## 三、护理诊断/问题

(1) 急性疼痛或慢性疼痛:与软组织慢性损伤或炎症有关。

(2) 躯体活动障碍:与疼痛、肌肉痉挛有关。

(3) 知识缺乏:缺乏软组织损伤的预防及功能锻炼知识。

## 四、护理措施

### (一) 一般护理

(1) 休息:适当休息,注意劳逸结合。

(2) 饮食:给予易消化与吸收的食物,多饮水,以防泌尿系发生感染。

### (二) 治疗配合

(1) 腰肌劳损。 自我保健疗法:适当休息,定时改变姿势,避免弯腰持物等是减轻症状、防止再发的根本方法。 疼痛部位进行理疗。 压痛点行肾上腺皮质类固醇注射。 服用非甾体抗炎药、局部外用肌松药等。

(2) 腱鞘囊肿。 非手术治疗:在囊内注入醋酸泼尼松龙 0.5mL 后加压包扎。 手术治疗:尽量完整切除囊肿,减少复发机会。

(3) 肩关节周围炎。 一般在 1 年左右自愈,但不配合治疗和功能锻炼可遗留不同程度的功能障碍。 早期可给予理疗、针灸等。 局部注射醋酸泼尼松龙。 短期服用非甾体抗炎药。 每日进行肩关节的适当主动活动,以不引起剧痛为限。 治疗引起肩关节活动受限的原发病。

### (四) 心理护理

向病人解释常用的非手术治疗方法及注意事项,使病人解除焦虑心理。

### (五) 健康指导

(1) 传播知识:教会病人及家属有关软组织疾病的防治知识。

(2) 功能训练:应循序渐进加强腰背肌肩关节的功能训练,以增加稳定性。





## 反馈训练

### 一、选择题

1. 下列关于腰肌劳损的叙述中, 不正确的为 ( )。
  - A. 无明显诱因的急性疼痛为主要症状
  - B. 疼痛区域有固定的压痛点
  - C. 可能有脊柱后突、侧突或长期弯腰工作史
  - D. 在压痛点叩击, 疼痛反而减轻
2. 下列关于腱鞘囊肿的叙述中, 错误的是 ( )。
  - A. 本病以女性和青少年患者多见
  - B. 以肩背部发病率最高
  - C. 重压包块有酸胀感
  - D. 挤压破裂后可自愈
3. 下列关于肩周炎的描述, 错误的是 ( )。
  - A. 本病男性多于女性
  - B. 左侧多于右侧
  - C. 肩关节以外展、外旋、后伸受限为主
  - D. 多发生与中老年人

### 二、简答题

简述腰肌劳损患者的主要特点。

## 第七节 腰椎间盘突出症病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握腰椎间盘突出症病人的护理评估及护理措施。
2. 理解腰椎间盘突出症的概念及护理诊断。



## 知识梳理

### 一、概念

腰椎间盘突出症 (herniation of lumbar intervertebral disk) 是因腰椎椎间盘变性, 纤维环破裂、髓核组织突出, 刺激或压迫脊神经或脊髓引起的一系列症状和体征的疾病, 是腰腿痛最常见的原因之一。好发于 L4~L5 和 L5~S1 椎间隙。可分为膨隆型、突出型、脱垂游离型、Schmorl 结节及经骨突出型。腰椎间盘突出退行性变和损伤是腰椎间盘突出症的主要原因。

### 二、护理评估

#### (一) 健康史

了解有无腰部急性或慢性损伤史, 了解受伤经过及诊疗情况, 排除结核病史; 了解有无其他部位的肿瘤, 治疗经过及疗效。

## （二）身体状况

（1）**腰痛：是最早出现的症状。**为急性剧痛或慢性隐痛，弯腰负重、咳嗽、打喷嚏、长时强迫体位时加重，休息后可减轻；腰痛向下肢放射。

（2）坐骨神经痛：约 95% 的病人出现坐骨神经痛，这是由于腰椎间盘突出多发于 L4~L5 和 L5~S1 椎间隙的缘故。多为单侧。痛初为痛觉过敏或钝痛，逐渐加重，放射至臀部、大腿后外侧、小腿外侧至足跟部或足背，严重者相应区域感觉迟钝或麻木。咳嗽、打喷嚏等增加腹内压的行为都可使腿痛加重。腿痛重于腰痛是椎间盘突出症的重要表现。

（3）马尾综合征：中央型腰椎间盘突出症或脱垂游离型常压迫马尾神经，出现大小便功能障碍，鞍区感觉异常。

（4）腰椎检查：生理曲度变直或侧凸，是一种为减轻疼痛的姿势性代偿畸形。腰部活动受限，其中以前屈受限最为明显。腰部及骶棘肌痉挛，棘间及椎旁 1cm 处多有压痛，压痛可沿坐骨神经放射。

（5）直腿抬高实验及加强试验阳性：为神经根受刺激表现。

（6）神经系统检查：下肢感觉异常，小腿痛触觉减退，肌力下降，踝反射减弱或消失；马尾神经受压时肛门反射减弱或消失。

## （三）心理-社会状况

病人病程较长，呈慢性过程，时轻时重，迁延不愈，给生活和工作带来不便，病人常焦虑或抑郁。

## （四）辅助检查

（1）X 线检查：一般摄腰椎正、侧位。正位片可见腰椎侧弯，侧位片可见生理前凸减少或消失，椎间隙狭窄。也可用来鉴别有无结核、肿瘤等骨病。

（2）CT 和 MRI 检查：CT 可显示骨性椎管形态，黄韧带是否增厚及椎间盘突出大小、方向等，有较大诊断价值。MRI 可全面地观察各椎间盘是否病变，也可在矢状面上了解髓核突出的程度和位置，并鉴别是否存在椎管内其他占位性病变。

（3）肌电图检查：有助于腰椎间盘突出的诊断，并可以推断神经受损的节段。

## （五）处理原则

早期症状较轻，通常采用非手术治疗，治疗措施包括卧床休息、骨盆牵引、理疗和推拿按摩、应用腰围、皮质激素硬膜外注射、髓核化学溶解法。**尤其是初次发作的腰椎间盘突出症患者首先应绝对卧床休息。**症状较重时可采取手术治疗，常用手术有全椎板或半椎板切除髓核摘除术、经皮腰椎间盘突出切除术、显微外科腰椎间盘突出摘除术、人工椎间盘置换术。

## 三、护理诊断/问题

（1）急性疼痛或慢性疼痛：与髓核压迫引起的炎症有关。

（2）躯体活动障碍：与疼痛、肌肉痉挛有关。

（3）知识缺乏：缺乏腰椎间盘突出预防及功能锻炼知识。

## 四、护理措施

### （一）一般护理

（1）体位与休息：急性期应严格卧硬板床休息，3~4 周后多数可好转，起床活动时须戴腰围，以

防扭伤加重。卧床期间坚持深呼吸和四肢肌肉关节的功能锻炼,以促进血液循环,预防肺内感染及肌肉萎缩。3个月内不做弯腰拾物动作。手术后平卧2周,戴腰围起床活动,以防神经根粘连。

(2) 饮食:卧床期间给予易消化与吸收的食物,多饮水,以防泌尿系发生感染。

(3) 其他:卧床病人注意皮肤、呼吸道、大小便的护理。

#### (二) 病情观察

牵引期间,观察牵引是否有效,牵引带有无松动,疼痛是否减轻。手术后观察生命体征,切口出血情况,引流液的性质和量。

#### (三) 治疗配合

(1) 骨盆牵引:牵引增宽椎间隙,促进突出物回缩,减轻对神经根的刺激或压迫。牵引重量根据个体差异在7~15kg,抬高床足做反牵引,共2周。孕妇、高血压和心脏病病人禁用。

(2) 理疗和推拿:可缓解肌痉挛,对部分早期病例有较好的效果。

(3) 佩戴腰围:卧床3周后,可戴腰围下床活动。

(4) 引流护理:手术后放置引流管的病人,保持引流通畅,及时更换引流瓶。一般引流管于术后24~48小时拔除。

(5) 换药:手术后保持切口敷料清洁干燥,及时进行换药。

(6) 指导腰背肌功能锻炼:腰背肌功能锻炼有利于增加脊柱的内在稳定性,应指导病人进行锻炼。非急性期病人及手术后恢复期均可进行。术后第7日即可开始,用五点支撑法,1~2周后改为三点支撑法。循序渐进,逐渐增加次数。但腰椎有破坏性改变、内固定物植入、感染性疾病、年老体弱及心肺功能不佳者不宜进行腰背肌锻炼。

#### (四) 心理护理

向病人解释手术的必要性和重要性,病情加重的原因,常用的非手术治疗方法及注意事项,使病人解除焦虑心理。

#### (五) 健康指导

(1) 传播知识:教会病人及家属有关腰腿痛的防治知识。

(2) 腰背肌训练:应循序渐进加强腰背肌功能训练,以增加脊柱的稳定性。

(3) 正确姿势:指导正确坐、卧、立、行和劳动姿势,以减少急、慢性损伤发生的机会。



### 高考链接

【例1】(2011年高考题)初次发作的腰椎间盘突出症患者首选的治疗是( )。

A. 绝对卧床休息 B. 局部封闭疗法 C. 理疗 D. 手术治疗

【分析】腰椎间盘突出症患者的非手术治疗治疗措施包括卧床休息、骨盆牵引、理疗和推拿按摩、应用腰围、皮质激素硬膜外注射、髓核化学溶解法。对于初次发作的腰椎间盘突出症患者首先应绝对卧床休息。

【答案】A

【例2】(2013年高考题)椎间盘突出症的临床表现不包括( )。

A. 腰痛 B. 直腿抬高实验阴性  
C. 鞍区感觉异常 D. 坐骨神经痛

【分析】椎间盘突出症的临床表现包括腰痛、坐骨神经痛、马尾综合征(中央型腰椎间盘突出症或脱垂游离型常压迫马尾神经,出现大小便功能障碍,鞍区感觉异常)、直腿抬高实验及加强试

验阳性、下肢感觉异常等。

【答案】B

【例3】(2015年高考题)患者,男性,47岁。两个月前搬重物时扭伤腰部,腰腿部疼痛剧烈,诊断为腰椎间盘突出症,卧床两周后病情缓解。2天前活动后疼痛加重,无法行走,因担心病情继续加重来医院就诊。

请写出:(1)椎骨之间的连接。

(2)该疾病的好发部位。

(3)有助于该疾病确诊的影像学检查方法。

(4)该患者护理诊断的名称。

【答案】(1)椎骨之间的连接:椎间盘;韧带:前纵韧带、后纵韧带、棘上韧带、黄韧带、棘间韧带;关节:关节突关节、寰枢关节。

(2)该疾病的好发部位:腰4~5椎间隙;腰5骶1椎间隙。

(3)影像学检查方法:X线片、CT、MRT。

(4)护理诊断的名称:疼痛、焦虑、躯体活动障碍、知识缺乏。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 男性,42岁,腰椎间盘突出症,出现鞍区麻木及二便功能障碍时,通常是因为突出椎间盘压迫了( )。

A. 脊髓腰膨大部 B. 脊髓圆锥 C. 马尾神经 D. 骶1神经根

2. 男性,48岁,出现小腿前外侧和足背内侧皮肤麻木,最可能的原因是( )。

A. L1~L2椎间盘突出 B. L2~L3椎间盘突出  
C. L3~L4椎间盘突出 D. L4~L5椎间盘突出

3. 男性,47岁,从事搬运工作,有腰痛病史,表现为慢性隐痛,行走时疼痛加重。疼痛从下腰部向臀部再向下肢、足背或足外侧放射,伴有麻木感。L5棘突处压痛,直腿抬高试验及加强试验阳性。患侧足跖屈肌力下降、跟腱反射减弱。为明确诊断首选的检查方法是( )。

A. X线片 B. CT C. MRI D. ECT

4. 在护理胸腰椎轻度压缩性骨折病人中,下列操作错误的是( )。

A. 平卧硬板床  
B. 骨折处垫一小枕  
C. 局部疼痛消失后,开始腰背部肌肉锻炼  
D. 2周后下床活动

### 二、简答题

1. 简述腰椎间盘突出症的临床表现。

2. 简述腰椎间盘突出症患者的处理原则。

## 第六章

# 感 染

### 第一节 外科感染概述



#### 考纲要求

1. 掌握外科感染的特点。
2. 了解外科感染的分类及常见致病菌。



#### 知识梳理

感染是指病原体入侵机体引起的局部或者全身炎症反应，病原体主要有细菌和真菌等。外科感染（surgical infection）指发生在组织损伤、空腔器官梗阻和手术后的感染。

#### 一、外科感染的特点

- （1）常为多种细菌引起的混合性感染。
- （2）多数外科感染与组织损伤、手术有关，但在人体抵抗力下降、局部梗阻、血流缓慢等因素的诱导下也可发生内源性感染。
- （3）有明显的局部症状和体征，严重时可有全身表现。
- （4）常依赖于手术及换药处理。

#### 二、外科感染的分类

##### 1. 按致病菌特性分类

（1）非特异性感染：又称一般性感染或化脓性感染，是感染中最常见的类型。常见致病菌有金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠埃希菌等。常见疾病有疔、痈、丹毒、急性淋巴结炎、手部感染等，病变通常先有急性炎症反应，继而发展为局部化脓，同一种致病菌可引起多种化脓性感染疾病，在病理变化、身体状况和治疗方法上有共同之处。感染可由单一病菌引起，也可由多种病菌共同作用形成混合感染。

（2）特异性感染：是由结核分枝杆菌、破伤风梭菌、产气荚膜梭菌等特异性病菌引起的感染。一种致病菌仅引起一种特定性的感染，具有独特的表现，防治措施也各有特点。

##### 2. 按病程分类

- （1）急性感染：病程在3周以内的感染。

(2) 慢性感染：病程超过 2 个月的感染。

(3) 亚急性感染：病程 3 周 ~ 2 个月的感染。

### 3. 按病原菌的来源分类

(1) 内源性感染：有少数细菌在正常情况下，寄生于人体内，不引起疾病，当机体抵抗力下降或受外界因素影响时，成为致病菌造成机体感染。

(2) 外源性感染：是指来自机体外的病原菌所引起的感染，如伤口感染等。

此外，外科感染按感染发生情况分为原发性感染和继发性感染。按发生条件分为机会性感染、二重感染和医院内感染等。

## 三、外科感染的常见致病菌

引起外科感染的致病菌很多，其常见的化脓致病菌特点如表 6-1 所示。

表 6-1 常见化脓致病菌

致病菌	致病特点	脓液特点
金黄色葡萄球菌	产生溶血素、杀白细胞素和血浆凝固酶，引起疖、痈、脓肿、伤口感染、骨髓炎等	黄色、稠厚、不臭、感染易局限，可形成转移性脓肿
化脓性链球菌 A 群	产生溶血素、透明质酸酶、链激酶等引起淋巴管炎、急性蜂窝织炎、脓毒症等	淡红色、稀薄、量大、感染易扩散
大肠埃希菌	单独致病力弱，常与厌氧菌混合感染，引起阑尾炎等腹腔内感染	单独感染不臭，混合感染脓液稠厚、灰白色、有恶臭或粪臭
铜绿假单胞菌	对多数抗生素不敏感，常引起大面积烧伤创面的感染及脓毒症	淡绿色、特殊的甜腥味
脆弱类杆菌	厌氧菌，有产气性，多与需氧菌形成混合感染，是腹腔内感染的主要致病菌之一	恶臭
变形杆菌	对常用抗生素有耐药性，是腹膜炎、尿路感染、烧伤创面感染的主要致病菌之一	特殊的恶臭

## 四、外科感染的转归

致病菌的毒力、机体局部及全身的抵抗力、感染部位和采取措施是否得当等因素决定了感染的转归有 4 种。 感染痊愈：当机体抵抗力强、治疗及时和有效时，吞噬细胞和免疫成分能较快地抑制病菌，清除组织细胞崩解产物与死菌，使炎症消退，感染痊愈。 局限化：当机体抵抗力占优势时，可使感染局限化，形成脓肿。 转为慢性：病菌大部分被消灭，但尚有少量残存；当机体抵抗力和病菌的毒力处于平衡状态时，转为慢性炎症。 感染扩散：致病菌毒力大、数量多、机体抵抗力弱时，感染扩散，引起严重的全身性感染。



### 反馈训练

#### 一、选择题

1. 不属于外科感染的特点的是 ( )。

A. 局部症状明显

B. 与手术无关

- C. 多数是混合性感染 D. 病变部位常较局限, 引起化脓性坏死
2. 外科感染的局部表现不包括( )。
- A. 局部疼痛 B. 局部发红 C. 肿胀 D. 体温升高
3. 下列说法中不正确的是( )。
- A. 皮肤粘膜损伤与感染发生有关 B. 机体免疫功能低下易引起感染
- C. 支持治疗对严重感染是必要的 D. 感染一旦发生, 均需要手术根治
4. 脓液粘稠, 不臭, 容易形成转移性脓肿的致病菌是( )。
- A. 绿脓杆菌 B. 金黄色葡萄球菌 C. 大肠杆菌 D. 无芽孢厌氧菌

## 二、简答题

1. 简述外科感染的特点。
2. 简述外科感染的转归。

## 第二节 浅部组织细菌性感染病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握浅部组织细菌性感染的概念、分类、护理评估及护理措施。
2. 理解浅部组织细菌性感染的护理诊断。

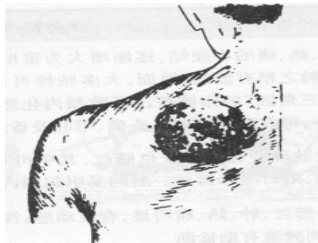


### 知识梳理

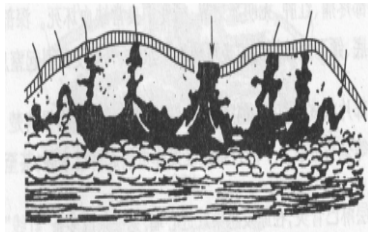
#### 一、浅部组织细菌性感染

(1) 疖: 俗称疔疮, 是单个毛囊及其周围组织的急性细菌性化脓性炎症。好发于头面、颈项和背部等毛囊丰富的部位。常见致病菌为金黄色葡萄球菌。多个疖同时发生在身体各处或反复发生, 称为疖病, 常见于营养不良和抵抗力低下的病人。

(2) 痈: 是多个相邻毛囊及其周围组织同时发生急性细菌性化脓性炎症, 也可由多个疖融合而成。好发于颈项、背部等皮肤厚韧的部位(图 6-1), 常见的致病菌是金黄色葡萄球菌。



(1) 背部痈



(2) 痈的切面(黑色表示脓液)

图 6-1 痈

(3) 脓肿: 是指化脓性感染发生后, 组织或器官内病灶坏死、液化后形成脓液, 积聚在体内, 有完整的腔壁。常见的致病菌是金黄色葡萄球菌。一般在感染原发部位形成脓肿; 少数情况下,

致病菌可通过血液播散至身体其他部位，即形成转移性脓肿。

（4）急性蜂窝织炎：是指发生在皮下、筋膜下、肌间隙或深部蜂窝组织的急性细菌感染的非化脓性炎症。主要致病菌是溶血性链球菌，其次是金黄色葡萄球菌。

（5）丹毒：是皮肤网状淋巴管的急性非化脓性炎症。好发于下肢和面部。常见的致病菌是乙型溶血性链球菌，常伴有足癣、皮肤损伤、口腔溃疡等皮肤粘膜病损。

（6）急性淋巴管炎和急性淋巴结炎：是指细菌从皮肤、粘膜破损处或其他感染病灶侵入淋巴流，导致淋巴管与淋巴结的急性炎症。一般属非化脓性感染。急性淋巴管炎表现为网状淋巴管炎（丹毒）和管状淋巴管炎。常见的致病菌是乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌。

## 二、护理评估

### （一）健康史

评估病人的营养状况；了解病人既往有无感染病史，目前是否伴随结核病、糖尿病等慢性疾病，有无足癣、银屑病等皮肤病，有无皮肤、粘膜开放性损伤，近期是否使用糖皮质激素、化疗药物等免疫抑制剂。

### （二）身体状况

（1）局部表现。浅部感染一般具有感染共性，局部出现红、肿、热、痛的炎性肿块，中央区逐渐坏死、化脓，最后脓肿破溃。不同的浅部感染又各具特点（表 6-2）。

（2）全身表现。若病灶部位较深、感染扩散、脓液引流不畅，则可出现寒战、发热、头痛、食欲减退、脉率快等全身表现。

表 6-2 浅部组织化脓性感染的身体状况

感染名称	主要特点
疔	初为红、肿、热、痛的小硬结，逐渐增大为锥形隆起。数日后，结节中央出现黄白色的脓栓，触之稍有波动；继而，大多脓栓可自行脱落、破溃，炎症逐渐消失而愈合。“危险三角区”的疔被挤压可致颅内化脓性海绵状静脉窦炎，出现眼部及周围组织红肿，可有寒战、高热、头痛、呕吐及昏迷等症状，严重者危及生命
痈	局部小片皮肤硬肿、热痛，肤色暗红，其中可有多个脓点。脓点增大、增多，中心处破溃流脓，疮口呈蜂窝状。唇痈易引起颅内化脓性海绵状静脉窦炎
脓肿	浅部脓肿局部红、肿、热、痛明显，有波动感；深部脓肿有局部疼痛、压痛及全身症状，穿刺抽到脓液有助诊断
急性蜂窝织炎	局部疼痛、红肿，无明显边界，病变中央常缺血坏死。深部感染者多伴全身症状。口底、颌下急性蜂窝织炎可致喉头水肿、气管受压引起窒息
丹毒	局部片状皮肤红疹、稍隆起、色鲜红、中间稍淡、边界清楚、灼痛感。常有寒战、发热等全身症状。下肢丹毒反复发作可引起淋巴水肿，甚至发展成“象皮肿”
急性淋巴管（结）炎	浅层淋巴管炎，在原发感染灶近心端，见一条或多条“红线”，硬而压痛；深层淋巴管炎无皮肤充血，但患肢肿胀，沿淋巴管有压痛。急性淋巴结炎轻者淋巴结肿大、有疼痛和触痛，严重者可形成局部脓肿而有波动感或破溃流脓，并伴有全身症状

### （三）心理-社会状况

疼痛、寒战、发热等可引起病人的焦虑。女性病人常担忧面部感染影响容颜。

### （四）辅助检查

（1）血常规检查：有全身症状者，血白细胞计数和中性粒细胞比例增高。



(2) 血液、脓液细菌培养：细菌培养和药物敏感试验可确诊病原菌。

(3) 影像检查：B 超、CT、MRI 检查可早期发现深部脓肿。

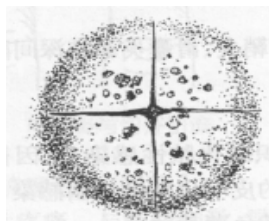
#### (五) 处理原则

消除病因，及时处理原发病灶，脓肿形成时切开引流。必要时使用抗生素及支持疗法。

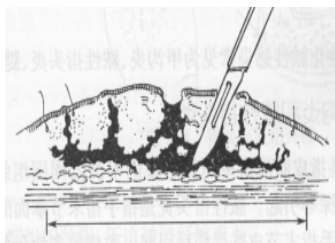
浅部组织细菌性感染的处理原则如表 6-3 所示。

表 6-3 浅部组织化脓性感染的处理原则

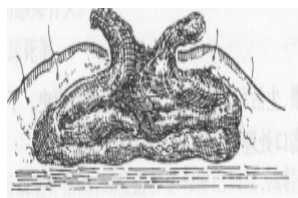
感染名称	处理原则
疖	早期局部涂碘酊、鱼石脂软膏等，热敷、理疗，禁忌挤压，尤其是“危险三角区”的疖；脓肿形成者切开引流；感染严重者应用抗生素
痈	局部治疗同疖；做“+”或“++”字切口，以充分引流（图 6-2）。唇痈禁忌切开。全身应用抗生素
脓肿	一旦确诊，应立即切开引流；全身症状重者，应用抗生素
急性蜂窝织炎	早期局部抬高、制动、湿敷、理疗等；脓肿形成者切开引流，但口底、颌下蜂窝织炎应及早切开，以免发生呼吸困难和窒息；全身应用抗生素
丹毒	制动、抬高患肢，局部 50%硫酸镁湿敷；全身使用抗生素；丹毒有接触传染性，应注意床旁隔离
急性淋巴管（结）炎	积极治疗原发病灶，制动、抬高患肢；淋巴结脓肿切开引流，全身应用抗生素



(1)



(2)



(3)

(1): 十字切口；(2): 切口长度超过炎症范围少许，深达筋膜；(3): 伤口内填塞纱布条止血。

图 6-2 痈的切开引流

### 三、护理诊断/问题

(1) 急性疼痛：与炎症刺激有关。

(2) 体温过高：与感染有关。

(3) 潜在并发症：脓毒症、窒息等。

### 四、护理措施

#### 1. 一般护理

(1) 体位与休息：指导和协助病人抬高患肢并制动，以减轻局部肿胀和疼痛，利于炎症消退。病情严重者卧床休息，保持病室通风、床单位整洁。

(2) 饮食与营养：鼓励病人进食高维生素、高蛋白、高热量、易消化饮食。高热及口唇、口底感染者，进食流质或半流质饮食。

(3) 丹毒具有接触传染性, 应做好接触隔离防护。

## 2. 病情观察

观察病人神志、精神状态, 定时测量血压、呼吸、脉搏及体温; 对于“危险三角区”的疖和唇痈, 需注意观察病人有无寒战、高热、头痛、呕吐及昏迷等颅内感染征象; 对口底、颌下蜂窝织炎病人应严密观察有无呼吸困难。发现异常及时告知医生。

## 3. 治疗配合

(1) 全身感染者: 遵医嘱合理、正确使用抗生素, 注意观察药物的效果和不良反应。

(2) 对症护理: 如体温升高者, 给予物理降温或遵医嘱使用降温的药物。

(3) 脓肿形成: 配合医生及时切开引流, 保持引流通畅, 注意观察引流液的量、颜色、性状的变化和全身反应。

## 4. 心理护理

向病人介绍康复过程, 鼓励病人, 使之消除焦虑心理, 增强战胜疾病的信心, 积极配合治疗。

## 5. 健康指导指导

病人加强锻炼, 提高机体抵抗力。注意个人和环境卫生, 做好劳动保护, 预防损伤; 严禁挤压面部“危险三角区”的疖。积极治疗足癣、糖尿病、营养不良等。



## 高考链接

【例 1】(2012 年高考题) 护理颌下蜂窝织炎的病人时应重点观察 ( )。

A. 体温                      B. 脉搏                      C. 呼吸                      D. 血压

【分析】口底、颌下及颈部急性蜂窝组织炎, 可引起喉头水肿或压迫气管, 导致呼吸困难, 甚至窒息。

【答案】C

【例 2】(2009 年高考题) 下列外科感染中需要隔离的是 ( )。

A. 痈                      B. 疖病                      C. 丹毒                      D. 蜂窝组织炎

【分析】丹毒具有接触传染性, 应做好接触隔离防护。

【答案】C

【例 3】(2010 年高考题) 患者因下肢疼痛来就诊, 查体见其疼痛处表面有一条较明显的红线, 可能是 ( )。

A. 网状淋巴管炎    B. 深部淋巴管炎    C. 浅部淋巴管炎    D. 急性蜂窝织炎

【分析】浅层淋巴管炎, 在原发感染灶近心端, 见一条或多条“红线”, 硬而压痛; 深层淋巴管炎无皮肤充血, 但患肢肿胀, 沿淋巴管有压痛。

【答案】C

【例 4】(2011 年高考题) 面部“危险三角区”化脓性感染禁用热敷的主要原因是 ( )。

A. 掩盖病情, 难以确诊                      B. 加重局部出血  
C. 导致颅内感染                      D. 加重疼痛

【分析】“危险三角区”的疖热敷或挤压可致颅内化脓性海绵状静脉窦炎, 出现眼部及周围组织红肿, 可有寒战、高热、头痛、呕吐及昏迷等症状, 严重者危及生命。

【答案】C



## 反馈训练

## 一、选择题

1. 鼻部疖挤压后, 头痛、寒战、高热、昏迷、鼻眼部红肿, 眼睑膜水肿, 应考虑为( )。
  - A. 败血症
  - B. 蜂窝组织炎
  - C. 脓血症
  - D. 颅内化脓性感染
2. 面部较大的疖已形成脓肿时, 最好的治疗方法是( )。
  - A. 挤压使之破溃排脓
  - B. 让其自行破溃排脓
  - C. 切开排脓
  - D. 局部热敷
3. 面部疖伴有全身发热等症状, 最好的治疗方法是( )。
  - A. 挤压使之破溃排脓
  - B. 让其自行破溃排脓
  - C. 切开排脓
  - D. 使用足量抗生素控制感染
4. 急性蜂窝组织炎的最主要致病菌是( )。
  - A. 金黄色葡萄球菌
  - B. 溶血性链球菌
  - C. 大肠杆菌
  - D. 绿脓杆菌
5. 口底、颌下急性蜂窝组织炎的致命并发症是( )。
  - A. 颅内化脓性海绵状静脉窦炎
  - B. 并发化脓性心包炎
  - C. 炎症扩散到纵隔, 致纵隔急性化脓性蜂窝组织炎
  - D. 喉头水肿、呼吸困难、严重者窒息
6. 外敷疖肿用( )。
  - A. 0.02%呋喃西林溶液
  - B. 0.75%碘伏
  - C. 氧化锌软膏
  - D. 10%鱼石脂软膏
7. 感染灶近侧出现“红线”是( )。
  - A. 网状淋巴管炎
  - B. 浅部静脉炎
  - C. 浅部淋巴管炎
  - D. 深部淋巴管炎
8. 下列与丹毒的临床表现不符的是( )。
  - A. 与正常皮肤界限不明显
  - B. 局部肤色鲜红
  - C. 烧灼样疼痛
  - D. 一般不化脓
9. 面部“危险三角区”疖肿的危害是( )。
  - A. 易引起面部蜂窝织炎
  - B. 易侵犯上颌窦
  - C. 易引起颅内海绵状静脉窦炎
  - D. 易引起唇痛
10. 疖病多见于( )。
  - A. 结核病患者
  - B. 心脏病患者
  - C. 肾脏病患者
  - D. 糖尿病患者
11. 面部“危险三角区”的疖挤压容易引起( )。
  - A. 感染扩散
  - B. 败血症
  - C. 呼吸困难
  - D. 颅内感染
12. 脓肿形成后, 主要的治疗措施是( )。
  - A. 应用止痛药
  - B. 应用足量抗生素
  - C. 局部热敷
  - D. 切开引流
13. 疖与痈最主要的区别是( )。
  - A. 相邻毛囊及皮脂腺的感染数量
  - B. 有无全身感染
  - C. 疼痛的程度
  - D. 致病菌的类型

14. 患者, 男性, 足癣病史 10 余年, 近日出现下肢红肿热痛, 对其处理不正确的是 ( )。
- A. 积极治疗足癣 B. 使用抗生素 C. 床旁隔离 D. 局部切开引流
15. 丹毒的叙述中不正确的是 ( )。
- A. 好发于下肢 B. 常引起化脓 C. 容易复发 D. 有接触传染性
16. 确诊浅部脓肿的主要依据是 ( )。
- A. 局部压痛明显 B. 局部红肿明显  
C. 局部有波动感 D. 局部皮肤温度明显升高
17. 下列不是化脓性感染致病菌的是 ( )。
- A. 金黄色葡萄球菌 B. 链球菌  
C. 结核杆菌 D. 大肠杆菌
18. 有关急性蜂窝织炎的叙述中不正确的是 ( )。
- A. 主要致病菌是溶血性链球菌  
B. 浅表部位的蜂窝织炎, 局部红肿热痛较明显  
C. 发生在口底、颌下、颈部者容易引起呼吸困难  
D. 脓肿形成后方可切开引流

## 二、简答题

简述丹毒与急性淋巴管(结)炎的区别。

## 三、病例分析题

某公司文员小张, 女性, 22 岁。上嘴唇出现一个小硬结, 局部发红、肿胀、疼痛, 2 天后硬结中央出现黄白色的脓头, 小张担心影响美观用手将其挤破排脓, 第二天出现寒战、高热、头痛, 家人立即将其送到医院。入院时烦躁不安、呕吐、眼部周围组织红肿, 测体温为 40 。

- (1) 引起小张出现浅部组织感染的细菌是什么?
- (2) 目前主要的护理诊断有哪些?
- (3) 对于该感染的护理措施有哪些?

## 第三节 特异性感染病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握特异性感染的概念、分类、护理评估及护理措施。
2. 理解特异性感染的护理诊断。



### 知识梳理

#### 一、破伤风

破伤风(tetanus)是由破伤风梭菌经皮肤或粘膜伤口侵入人体, 在缺氧环境下生长繁殖, 产生毒素所引起的一种急性特异性感染。常继发于各种创伤后, 也可发生于不洁条件下分娩的产妇和新生儿。

### （一）病因及病理生理

破伤风梭菌为革兰染色阳性厌氧性芽孢梭菌，存在于灰尘、土壤和粪便中。破伤风发病需具备 3 个条件：病原菌侵入伤口；缺氧环境，如伤口深窄、坏死组织多、填塞过紧，局部缺血或同时有需氧菌感染等；机体抵抗力低下。破伤风梭菌的主要致病因素为外毒素（痉挛毒素和溶血毒素）。痉挛毒素是引起临床症状的主要毒素，可使全身横纹肌持续性收缩与阵发性痉挛、血压升高、心率加快、体温升高、大汗等。溶血毒素则引起局部组织坏死和心肌损害等。

### （二）护理评估

#### 1. 健康史

询问病人有无开放性损伤史，如开放性骨折、木刺伤、锈钉刺伤等，受伤后的伤口处理经过，是否实施过彻底清创，是否接受破伤风人工免疫注射等。如为新生儿，应询问有无产后感染或脐带残端是否严格消毒。

#### 2. 身体状况

（1）潜伏期：通常为 7 天左右，少数病人 1~2 日。还有伤后数月或数年发病者。潜伏期越短者，预后越差。新生儿破伤风常在断脐后 7 日左右发病，俗称“七日风”。

（2）前驱期：症状无特异性，可有全身乏力、头痛、头晕、咀嚼肌紧张和酸胀、烦躁不安等。

（3）发作期：典型症状是肌紧张性收缩（肌强直、发硬）的基础上，阵发性强烈痉挛。最早受累的肌群是咀嚼肌，随后依次为面部表情肌、颈项肌、背腹肌、四肢肌，最后为膈肌。相应的表现为张口困难（牙关紧闭），苦笑面容，颈项强直，角弓反张或侧弓反张；膈肌受影响后，表现为通气困难，甚至呼吸暂停。声、光、触摸、饮水等轻微刺激均可诱发阵发性痉挛。病人一般无高热，痉挛发作时面唇发绀，呼吸急促，大汗淋漓，牙关紧闭，手足抽搐不止。发作时病人神志清楚，表情痛苦，每次发作持续数秒或数分钟不等。

新生儿因肌肉纤弱，患此病时症状不典型，主要表现为不能啼哭和吸乳，少活动，呼吸弱或呼吸困难。

（4）并发症：强烈的肌肉痉挛可造成肌肉断裂甚至骨折。膀胱括约肌痉挛可引起尿潴留。持续的呼吸肌和膈肌痉挛可致呼吸骤停。肌肉痉挛及大量出汗可导致水、电解质、酸碱平衡失调，严重者可发生心力衰竭。病人的主要死因是窒息、心力衰竭、肺部并发症。

#### 3. 心理-社会状况

反复发生的痉挛、呼吸困难或窒息使病人产生恐惧感、濒死感。由于需要隔离治疗，病人常感到孤独无助和悲伤。

#### 4. 辅助检查

伤口渗出物涂片检查可发现破伤风梭菌。

#### 5. 处理原则

破伤风是可以预防的疾患。预防的关键在于创伤后早期彻底清创，改善局部循环。破伤风的治疗原则包括清除毒素来源，中和游离毒素，控制和解除痉挛，保持呼吸道通畅，防治并发症。控制和解除痉挛是治疗的重要环节。

### （三）护理诊断/问题

（1）有窒息的危险：与持续性呼吸肌痉挛、误吸、痰液堵塞气道有关。

（2）有受伤的危险：与强烈的肌痉挛有关。

（3）有体液不足的危险：与反复肌痉挛消耗、大量出汗有关。

（4）潜在并发症：肺不张、肺部感染、尿潴留、心力衰竭等。

#### （四）护理措施

##### 1. 一般护理

（1）隔离护理：将病人安置于单人隔离病房，保持室内安静，遮光，避免各类干扰，减少探视。治疗及护理操作尽量集中，可在使用镇静剂 30 分钟内进行。严格执行消毒隔离制度。

所有器械、敷料专用，使用后予以灭菌处理，敷料须焚烧。

（2）体位：卧床休息，床边加隔离护栏，必要时加用约束带，以防止痉挛发作时病人坠床。

（3）饮食与营养：给予病人高维生素、高热量、高蛋白、易消化饮食，进食应少量多次，以免引起呛咳、误吸；频繁抽搐者，禁止经口进食；不能进食者，给予鼻饲或补液，必要时肠外营养。

##### 2. 病情观察

设专人护理，密切观察病人的体温、呼吸、脉搏、血压和神志。病人抽搐发作时，详细记录抽搐发作持续时间和间隔时间及用药效果，防止输液针头脱出血管外。加强心肺功能监护，警惕有无心力衰竭发生。

##### 3. 治疗配合

（1）伤口护理。伤口未愈者，配合医生彻底清创，敞开伤口，用 3% 过氧化氢溶液冲洗。

（2）用药护理。中和游离毒素：遵医嘱使用破伤风抗毒素，用药前必须进行皮内药物过敏试验。破伤风人体免疫球蛋白早期应用有效。控制和解除痉挛：遵医嘱使用镇静、解痉的药物，如苯巴比妥钠、地西洋、冬眠 1 号合剂等。痉挛发作频繁不易控制者，可静脉注射硫喷妥钠，但要警惕发生喉头痉挛和呼吸抑制。新生儿破伤风要慎用镇静解痉药物，可酌情使用洛贝林、尼可刹米等。抗感染：遵医嘱使用青霉素、甲硝唑，可抑制破伤风梭菌。

（3）预防并发症的护理。病人抽搐时，应用牙垫，防止舌咬伤，关节部位放置软垫保护，防止肌腱断裂和骨折。床旁准备气管切开包，对于频繁抽搐药物不易控制，无法咳痰或有窒息危险的病人，应尽早进行气管切开，以便改善通气；气管切开病人应注意做好呼吸道管理。

加强病人口腔护理，遵医嘱使用抗生素，防止肺部感染。加强心脏监护，防止心力衰竭。

##### 4. 心理护理

观察病人心理反应，及时进行心理疏导。消除病人的悲伤、恐惧感，使病人的情绪稳定，积极配合治疗。

##### 5. 健康指导

注意劳动保护，预防开放性损伤，正确处理伤口。普及科学接生。宣传指导社区居民、病人接受破伤风主动免疫或被动免疫。儿童应定期注射破伤风类毒素或百白破三联疫苗，以获得主动免疫。

## 二、气性坏疽

气性坏疽（gas gangrene）是由梭状芽孢杆菌引起的急性肌坏死或肌炎，属厌氧菌感染。

主要致病菌有产气荚膜梭菌、水肿杆菌、腐败杆菌、溶组织杆菌等，常为多种致病菌的混合感染。梭状芽孢杆菌主要广泛存在于泥土和粪便中。致病须具备 3 个条件：病原菌侵入伤口；

缺氧环境，如开放性骨折伴有血管损伤，挤压伤伴有深部肌肉损伤，止血带使用时间过长或石膏包扎过紧等；机体抵抗力低下，致病菌在局部生长繁殖，产生多种外毒素和酶，引起组织细胞坏死、渗出、产生恶性水肿和恶臭的硫化氢气体、氮气等，积存于组织间隙，急剧膨胀，迅速蔓延，沿筋膜扩散。

### （一）护理评估

#### 1. 健康史

评估病人的全身状况。了解病人有无开放性损伤；有无伤口局部缺氧因素，如局部肌肉组织广泛挤压伤、重要血管损伤、止血带使用时间过长或石膏包扎过紧等；伤口是否遭受泥土等严重污染。

#### 2. 身体状况

（1）症状：早期患部沉重或疼痛，病情迅速恶化，出现“胀裂样”剧痛，一般止痛剂不能缓解疼痛，呼吸急促、烦躁不安。

（2）体征：局部肿胀明显、压痛剧烈；伤口周围皮肤水肿、紧张、发亮、由苍白变为紫黑，出现大小不等的水疱，皮下有积气，可触及捻发音；伤口内肌肉坏死，暗红或土灰色，失去弹性，刀割时不收缩也不出血；伤口中有大量浆液性或浆液血性渗出物，伴有恶臭味；

全身表现有高热（40℃以上）、脉率快、呼吸急促、出冷汗、贫血等症状，若不及时控制，可发展为休克。

#### 3. 心理-社会状况

病人因创伤的刺激，加之病情严重，发展快，隔离治疗，甚至可能有截肢或死亡的危险，心理打击很大，常有极度的悲伤和恐惧感；截肢后病人可主观感觉已截去的肢体仍然存在并剧痛，形成幻肢痛等幻觉。

#### 4. 辅助检查

（1）血常规检查：因溶血毒素作用，红细胞降低，血红蛋白降低，出现贫血。

（2）渗出物检查：伤口渗出物涂片可检出粗大的革兰氏阳性梭菌，同时可行细菌培养。

（3）影像学检查：X线、CT检查常显示伤口肌群有气体。

#### 5. 处理原则

处理原则包括挽救病人的生命，减少组织的坏死，降低截肢率。

（1）彻底清创：在积极抗休克和防治并发症的同时施行彻底清创术。

（2）应用抗生素：首选大剂量青霉素静脉滴注，每日1000万~2000万U。

（3）高压氧治疗：提高组织间的含氧量，造成不适合细菌生长繁殖的环境。

（4）全身支持疗法：输血、纠正水、电解质失衡，营养支持和对症处理。

### （二）护理诊断/问题

（1）急性疼痛：与局部组织创伤、炎症刺激及肿胀有关。

（2）体温过高：与细菌感染、组织坏死和毒素吸收有关。

（3）组织完整性受损：与组织感染、坏死有关。

（4）恐惧：与病情严重，发展迅速，担心截肢有关。

（5）潜在并发症：感染性休克。

### （三）护理措施

#### 1. 一般护理

严格执行隔离制度，病人用过的敷料焚毁，器械特殊处理后高压灭菌。

协助病人变换体位，避免压疮发生。截肢病人出现幻肢痛时，耐心细致解释情况，消除幻觉。

#### 2. 病情观察

设专人护理，密切观察生命体征、局部组织肿胀、皮肤色泽、伤口分泌物情况及全身的变化，发现异常及时报告医生。

### 3. 治疗配合

**伤口护理：**对切开或截肢后敞开的伤口，用3%过氧化氢溶液冲洗、湿敷，及时更换伤口敷料。对接受高压氧治疗的病人，注意观察氧疗后的伤口变化。**疼痛的护理：**剧烈疼痛者遵医嘱给予麻醉镇痛剂；清创或手术后，协助病人变换体位，以减轻疼痛。**用药护理：**遵医嘱合理使用抗生素，控制感染，注意观察药物的效果和不良反应。**高热的护理：**高热病人给予物理或药物降温，及时补充水、电解质。

### 4. 心理护理

对病人要有同情心，与病人进行沟通，减轻恐惧心理。耐心解释各种治疗的必要性，帮助病人适应身体变化，接受并配合治疗。特别是帮助截肢的病人树立生活的信心，通过心理护理消除病人的幻肢痛。

### 5. 健康指导

加强预防气性坏疽的知识普及和宣教；加强劳动保护，避免受伤；受伤后应及时正确彻底清创。对截肢病人，加强心理护理和社会支持，指导其功能训练，尽快提高生活自理能力。



## 高考链接

【例1】(2008年高考题)某破伤风患者，抽搐时引起窒息，急救措施应首选取( )。

- A. 口服水合氯醛                      B. 肌注苯巴比妥钠  
C. 立即气管切开                      D. 静脉注射破伤风抗毒素

【分析】破伤风发作时，全身肌肉的强直性收缩和阵发性痉挛是主要问题，往往会引发窒息导致患者死亡，因此应立即气管切开。

【答案】C

【例2】(2010年高考题)下列感染中，属于特异性感染的是( )。

- A. 破伤风                      B. 疖                      C. 急性蜂窝织炎                      D. 痈

【分析】痈、丹毒、急性乳腺炎都是由化脓性致病菌(金黄色葡萄球菌)引起的感染，属于非特异性感染。

【答案】A

【例3】(2011年高考题)破伤风最常见的致死原因是( )。

- A. 严重感染                      B. 心功能不全                      C. 水、电解质紊乱                      D. 窒息

【分析】破伤风发作时，全身肌肉的强直性收缩和阵发性痉挛是主要问题，往往会引发窒息导致患者死亡。

【答案】D

【例4】(2012年高考题)注射破伤风抗毒素的目的是( )。

- A. 中和结合毒素                      B. 抗感染                      C. 中和游离毒素                      D. 解痉

【分析】治疗破伤风时，可以通过注射破伤风抗毒素来中和游离毒素来控制症状。

【答案】C

【例5】(2012年高考题)下列属于特异性感染的疾病是( )。

- A. 气性坏疽                      B. 急性淋巴管炎                      C. 急性乳腺炎                      D. 痈

【分析】气性坏疽与破伤风一样，都是由厌氧芽孢梭菌引起的特异性感染。

【答案】A



【例 6】(2012 年高考题) 破伤风治疗最重要的措施是 ( )。

A. 使用抗生素      B. 控制和解除痉挛      C. 局部伤口处理      D. 全身支持治疗

【分析】破伤风发作时, 全身肌肉的强直性收缩和阵发性痉挛是主要问题, 往往会引发很多并发症, 使病人病情加重甚至死亡 (如窒息、心衰), 因此控制和解除痉挛是治疗的关键。

【答案】B

【例 7】(2013 年高考题) 下列属于特异性感染的是 ( )。

A. 疖      B. 丹毒      C. 急性乳腺炎      D. 结核

【分析】疖、丹毒、急性乳腺炎都是由化脓性致病菌 (金黄色葡萄球菌) 引起的感染, 属于非特异性感染。

【答案】D

【例 8】(2013 年高考题) 治疗破伤风时注射破伤风抗毒素 (TAT) 的目的是 ( )。

A. 中和游离毒素      B. 缓解疼痛      C. 控制痉挛      D. 预防并发症

【分析】治疗破伤风时, 可以通过注射破伤风抗毒素来中和游离毒素来控制症状。

【答案】A

【例 9】(2015 年高考题) 不属于特异性感染致病菌的是 ( )。

A. 炭疽杆菌      B. 结核杆菌      C. 绿脓杆菌      D. 破伤风杆菌

【分析】炭疽杆菌、结核杆菌、破伤风杆菌引起的感染属于特异性感染。

【答案】C

【例 10】(2012 年高考题) 破伤风患者发作期的典型表现及其厌氧伤口的处理方法是什么? ( )。

【答案】(1) 典型表现: 咀嚼肌痉挛出现张口困难, 牙关紧闭; 面部表情肌痉挛出现苦笑面容; 颈项肌痉挛出现颈项强直; 背腹肌痉挛出现角弓反张; 四肢肌痉挛出现屈肘、半握拳、伸膝; 呼吸肌痉挛出现呼吸困难, 口唇紫绀、窒息。

(2) 伤口处理: 扩创; 敞开伤口, 消除厌氧环境; 清创; 3%过氧化氢冲洗。



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 伤后破伤风抗毒素过敏试验阳性应 ( )。

A. 停注破伤风抗毒素      B. 用 5% 葡萄糖盐水稀释后分次肌注  
C. 用等渗盐水稀释后分次肌注      D. 改用破伤风类毒素

2. 开放性损伤后预防破伤风的有效措施是 ( )。

A. 清创并注射青霉素      B. 清创并注射破伤风抗毒素  
C. 注射人体破伤风球蛋白      D. 清创并注射破伤风类毒素

3. 男, 25 岁, 在工地劳动时右脚被铁钉扎伤, 未得到正确的处理而导致破伤风。为其伤口换药后污敷料处理方法是 ( )。

A. 送焚烧炉焚烧      B. 高压灭菌后再清洗  
C. 丢入污物桶再集中处理      D. 日光下暴晒再清洗

4. 破伤风的症状表现, 下列正确的是 ( )。

A. 肌肉强直收缩始于咀嚼肌      B. 潜伏期越长, 预后越差

- C. 一般体温均升高 D. 逼尿肌痉挛常导致尿失禁
5. 破伤风的临床表现, 下列正确的是 ( )。
- A. 肌肉强直收缩始于面肌 B. 潜伏期越长, 预后越差
- C. 一般体温均升高 D. 病人神志始终清楚
6. 破伤风的潜伏期平均为 ( )。
- A. 3~5 天 B. 两天以内 C. 6~12 天 D. 3~4 周
7. 导致破伤风病理生理改变的原因是 ( )。
- A. 伤口内有破伤风杆菌 B. 全身缺乏免疫力
- C. 破伤风杆菌在伤口内生长繁殖 D. 破伤风杆菌产生外毒素
8. 破伤风出现典型的肌肉痉挛, 其最初的临床表现是 ( )。
- A. 苦笑面容 B. 咀嚼无力, 张开困难
- C. 颈项强直, 低头困难 D. 角弓反张
9. 破伤风患者的治疗护理中错误的是 ( )。
- A. 保持病室安静, 室内光线宜柔和, 以免刺激打扰病人
- B. 破伤风抗毒素皮试阳性, 则不能使用破伤风抗毒素, 以免发生意外
- C. 镇静、解痉、防止病人抽搐和减轻肌肉张力
- D. 应将伤口敞开, 清除坏死组织, 用 3% 双氧水冲洗
10. 治疗气性坏疽应选用大剂量 ( )。
- A. 庆大霉素 B. 红霉素 C. 氯霉素 D. 青霉素
11. 破伤风患者注射大量破伤风抗毒素目的是 ( )。
- A. 控制和解除痉挛 B. 抑制破伤风芽孢梭菌的生长
- C. 减少毒素的产生 D. 中和游离毒素
12. 预防气性坏疽的关键是 ( )。
- A. 注射抗毒血清 B. 高压氧治疗
- C. 彻底清除伤口内的污染物和坏死组织 D. 应用足量的抗生素
13. 以下对气性坏疽的护理措施中, 不正确的是 ( )。
- A. 创面做多个切口引流 B. 冲洗后持续过氧化氢引流
- C. 进行床旁隔离 D. 用过的敷料焚烧处理

## 二、简答题

1. 简述破伤风患者发作期的典型表现。
2. 简述气性坏疽的处理原则。

## 三、病例分析题

小李在建筑工地干活时, 不慎右脚踩到铁钉, 当时仅有少量出血, 未做特殊处理。一周后小李出现头晕、头痛、全身乏力、咀嚼无力, 并多次出现全身肌肉发硬、阵发性痉挛。家人把他送到医院。入院时, 小李突然出现牙关紧闭、颈项强直、头后仰、手足抽搐。

- (1) 小李主要的护理诊断是什么?
- (2) 如何配合医生对小李进行及时有效的治疗?
- (3) 提出科学合理的护理措施。

## 第四节 全身性外科感染病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握全身性外科感染的概念、护理评估及护理措施。
2. 理解全身性外科感染的护理诊断。



### 知识梳理

#### 一、概述

全身性外科感染包括脓毒症和菌血症。脓毒症是指因病原菌因素引起的全身性炎症反应，体温、循环、呼吸、神志有明显改变者。菌血症是脓毒症中的一种，即血培养检出病原菌者。

全身性外科感染的主要病因是致病菌数量多、毒力强和（或）机体抵抗力下降。常继发于严重创伤后的感染和各种化脓性感染，如大面积烧伤创面感染、开放性骨折合并感染、急性弥漫性腹膜炎等。

常见的致病菌有如下几种。革兰阴性杆菌：最常见，主要有大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、变形杆菌等。革兰阳性球菌：常见的有金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌和肠球菌。无芽孢厌氧菌：常见的有拟杆菌、梭状杆菌等。真菌：常见的有白色念珠菌、曲霉菌等。

#### 二、护理评估

##### （一）健康史

评估病人营养状况。了解有无严重创伤、深静脉营养、浅部组织感染和慢性消耗性疾病史；是否长期应用抗生素、免疫抑制剂、激素或抗肿瘤药物。

##### （二）身体状况

全身性外科感染的共性表现有：骤起寒战，继以高热，体温可高达 40 ~ 41 或低温，病情重，发展迅速；头痛、头晕、恶心、呕吐、出冷汗、意识淡漠或烦躁、谵妄或昏迷；心率加快脉搏细速、呼吸急促或困难；肝、脾肿大，严重者可出现黄疸和皮下瘀斑等。

##### （三）心理-社会状况

全身感染的病人病情严重，症状明显，常出现紧张、焦虑、恐惧等心理。

##### （四）辅助检查

- （1）血常规血液白细胞计数升高或降低，中性粒细胞比例升高。
- （2）血生化可有不同程度的水、电解质及酸碱代谢失衡和肝、肾受损征象。
- （3）病原菌检查病人寒战、发热时采血进行细菌或真菌培养，较易发现致病菌。

##### （五）处理原则

- （1）重点处理原发病灶，包括彻底清除坏死组织和异物、消灭无效腔、引流脓液等。
- （2）及早联合使用有效抗生素。
- （3）对真菌脓毒症者，全身应用抗真菌的药物。
- （4）营养支持，输液、输血。

(5) 对症治疗, 控制高热。

### 三、护理诊断/问题

- (1) 体温过高: 与致病菌感染有关。
- (2) 焦虑: 与病情急骤、担心预后有关。
- (3) 营养失调: 低于机体需要量, 与机体分解代谢升高有关。
- (4) 潜在并发症: 感染性休克、水及电解质代谢失衡。

### 四、护理措施

#### 1. 一般护理

体位与休息: 卧床休息, 协助病人定时翻身、拍背, 保持呼吸道通畅。保持病室空气新鲜, 通风良好, 床单位整洁。 饮食与营养: 加强营养支持, 增加机体抗感染能力; 鼓励病人多饮水。

#### 2. 病情观察

注意观察病人有无意识障碍、体温降低或升高、脉搏及心率加快、血压下降、呼吸急促、白细胞计数明显增高等感染性休克表现; 定时监测水、电解质变化。

#### 3. 治疗配合

配合医生处理原发病灶, 遵医嘱及时、正确使用抗生素控制感染, 高热病人给予物理或药物降温, 维持水、电解质及酸碱平衡。加强营养支持治疗。

#### 4. 心理护理

关心理解病人, 稳定病人的情绪, 向病人解释病情的发展变化过程, 使病人积极配合治疗。

#### 5. 健康指导

指导病人坚持锻炼, 加强营养, 增强抗病能力。注意劳动保护, 避免损伤。有感染病灶存在时及时就医, 防止感染进一步发展。正确使用抗生素, 防止二重感染。



### 反馈训练

#### 一、选择题

1. 全身化脓性感染做血细菌培养, 其最佳采血时间是 ( )。  
A. 高热时                      B. 高热间歇时                      C. 寒战时                      D. 输入抗生素时
2. 引起全身性外科感染最常见的致病菌是 ( )。  
A. 白色念珠菌                      B. 曲霉菌  
C. 革兰染色阳性球菌                      D. 革兰染色阴性杆菌

#### 二、简答题

简述全身性外科感染的共有临床表现。

## 第五节 急性乳腺炎病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握急性乳腺炎的概念、原因、护理评估及护理措施。

## 2. 理解急性乳腺炎的护理诊断。



## 知识梳理

## 一、概念

急性乳腺炎 (acute mastitis) 是指乳腺的急性化脓性感染。多发生于产后哺乳期妇女, 尤以初产妇多见, 好发于产后 3~4 周。主要病原菌为金黄色葡萄球菌, 少数为链球菌感染。急性乳腺炎的发病, 除因病人产后抵抗力下降外, 还与下列因素有关。

(1) 乳汁淤积。乳汁淤积有利于入侵细菌的生长繁殖。淤积的主要原因有: 乳头发育不良 (过小或凹陷), 妨碍正常哺乳; 乳汁分泌过多或婴儿吸乳过少, 以致乳汁不能完全排空; 乳管不通畅, 影响排乳。

(2) 细菌入侵。乳头破损或皲裂使细菌沿淋巴管入侵, 是感染的主要途径。若婴儿口含乳头而睡、婴儿患口腔炎或乳头不洁, 细菌也可直接侵入乳管, 上行至腺小叶而致感染。

## 二、护理评估

## (一) 健康史

评估病人有无乳头发育不良, 哺乳是否正常, 乳汁能否完全排空, 有无乳汁淤积; 有无乳头破损或皲裂等。

## (二) 身体状况

(1) 局部表现。患侧乳房疼痛、局部红肿、发热, 并出现有压痛的肿块。当脓肿形成时, 位置表浅者可有波动感, 深部脓肿一般波动感不明显, 但乳房肿胀明显, 局部有深压痛。脓肿可向外溃破, 亦可穿破乳管而自乳头流出脓液。深部脓肿除缓慢地向外溃破外, 还可向深部穿至乳房与胸肌间的疏松组织中, 形成乳房后脓肿 (图 6-3)。常伴患侧腋窝淋巴结肿大, 并有压痛。

(2) 全身表现。随着炎症发展, 病人可有寒战、高热和脉搏加快等。感染严重者, 可并发脓毒症。

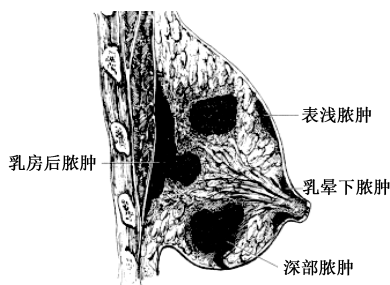


图 6-3 乳房脓肿的部位

## (三) 心理-社会状况

在感染期间因疼痛或不能有效地进行哺乳而担心婴儿的喂养与发育, 病人容易出现焦虑的心理反应。应评估病人及家属对疾病的认识, 以及家属对病人生活和情绪的影响。

## (四) 辅助检查

(1) 实验室检查: 血常规检查显示白细胞计数及中性粒细胞比例升高。

(2) 超声波检查：可显示脓腔的大小和部位。

(3) 诊断性穿刺：在乳房肿块波动感或压痛最明显的炎症区进行穿刺，抽得脓液表示脓肿已形成。

#### (五) 处理原则

急性乳房炎的治疗原则是控制感染、排空乳汁。

1. 非手术治疗。患侧乳房暂停哺乳，排空乳汁；局部热敷或理疗以促进炎症消散吸收；应用有效抗菌药物等。

2. 手术治疗。脓肿形成后，及时做脓肿切开引流。为避免损伤乳管而形成乳瘘，应以乳头为中心取与乳管平行的放射状切口；乳晕下脓肿应沿乳晕边缘做弧形切口；乳房深部或乳房后脓肿可延乳房下缘作弧形切口。切开后分离脓肿的多房间隔，以利引流。脓腔较大时，可在脓腔的最低部位另加切口做对口引流。

### 三、护理诊断/问题

(1) 疼痛：与乳汁淤积、炎症肿胀、脓肿切开引流有关。

(2) 体温过高：与炎症反应有关。

(3) 焦虑与担心：婴儿的喂养，与发育有关。

(4) 知识缺乏：缺乏围生期乳房保健知识。

### 四、护理措施

#### (一) 一般护理

病人进食高蛋白、高热量、高维生素、低脂肪食物，保证足量水分的摄入。注意休息，适当运动、劳逸结合。加强哺乳期乳房的清洁护理。

#### (二) 病情观察

观察生命体征及局部炎性肿块有无改变，警惕并发症的发生，了解白细胞计数及分类变化，必要时做细菌培养及药敏试验。

#### (三) 治疗配合

(1) 防止乳汁淤积。一般不停止哺乳，因停止哺乳不仅影响婴儿的喂养，且提供了乳汁淤积的机会。但患侧乳房应暂停哺乳，并用手掌从乳房四周向乳头方向按摩，配合吸乳器吸尽乳汁。若感染严重或脓肿引流后并发乳瘘，应停止哺乳，可遵医嘱应用终止乳汁分泌的药物。

(2) 促进局部血液循环。用宽松的乳罩托起两侧乳房，以减轻疼痛。做好局部热敷或理疗的护理，促使早期炎症的消散；水肿明显者，可用 50% 的硫酸镁溶液湿热敷。

(3) 控制感染。原则为早期、足量应用抗菌药物。由于抗菌药物可被分泌至乳汁，故应避免使用氨基糖苷类、磺胺药和甲硝唑等药物，因其能影响婴儿，而以应用青霉素、头孢菌素和红霉素为安全。中药治疗可用蒲公英、野菊花等清热解毒药物。遵医嘱用药，告知病人药物的作用及不良反应等。使用青霉素及头孢菌素药应先行皮试。

(4) 对症护理。为减少碰触患侧乳房加重疼痛，应为病人安置舒适的体位，协助病人翻身及日常生活料理。对于因乳房炎性肿胀而出现的疼痛，可给予止痛药物；高热者予以物理降温，必要时遵医嘱应用解热镇痛药物。使用解热镇痛药者，防止因大量出汗致虚脱。

(5) 切口护理。脓肿切开后，保持引流通畅，注意观察脓液的量、色泽及气味的变化。应及时更换切口敷料，观察是否因手术损伤乳管而发生乳瘘。

#### (四) 心理护理

解释疼痛及不能有效母乳喂养的原因,对出现并发症的病人,护理人员应与病人进行耐心的沟通,对病情做客观评价,消除病人的思想顾虑,缓解病人焦虑情绪。

#### (五) 健康指导

##### 1. 避免乳汁淤积

(1) 纠正乳头内陷:乳头内陷者于妊娠期和哺乳期每天挤捏、提拉乳头,也可用吸乳器吸引,使乳头外突。

(2) 养成良好的哺乳习惯:做到定时哺乳,每次哺乳时让婴儿吸净乳汁,如有乳汁淤积,及时用吸乳器吸净或手法按摩挤出剩余乳汁。

##### 2. 防止细菌入侵

(1) 处理乳头、乳晕破损或皲裂:有乳头、乳晕破损或皲裂者,暂停哺乳,用吸乳器吸出乳汁哺乳婴儿;局部用温水清洗后涂以抗生素软膏,待愈合后再行哺乳。症状严重时应及时诊治。

(2) 养成婴儿不含乳头睡眠的良好习惯;注意婴儿口腔卫生,及时治疗婴儿口腔炎症。

(3) 保持乳头和乳晕清洁:孕期经常清洗乳头;妊娠后期每日清洗1次;产后每次哺乳前、后均需清洁乳头,以保持局部清洁与干燥。



### 高考链接

【例1】(2008年高考题)患者,女,28岁,初产妇。产后3周出现发热,左侧乳房疼痛,左上象限局部红肿,有波动感。应首选的处理措施是( )。

- A. 药物外敷      B. 局部热敷      C. 切开引流      D. 物理疗法

【分析】急性乳房炎的治疗原则脓肿形成后,及时做脓肿切开引流。

【答案】C

【例2】(2011年高考题)下列病因与急性乳房炎无关的是( )。

- A. 乳汁淤积      B. 乳头破损      C. 婴儿口腔炎症      D. 乳汁分泌过少

【分析】急性乳腺炎的发病的因素包括乳汁淤积和细菌入侵,其中乳头破损及婴儿口腔炎症容易导致细菌入侵。

【答案】D



### 反馈训练

#### 一、选择题

1. 急性乳腺炎多发于( )。

- A. 妊娠妇女的临产期      B. 经产妇的妊娠初期  
C. 初产妇哺乳期      D. 初产妇妊娠期

2. 急性乳腺炎的致病菌大多是( )。

- A. 金黄色葡萄球菌      B. 绿脓杆菌  
C. 大肠杆菌      D. 厌氧菌

3. 急性乳腺炎病人,最初的症状是( )。

- A. 局部硬结      B. 排乳不畅

- C. 同侧腋窝淋巴结肿大 D. 乳房肿胀、疼痛
4. 下列急性乳腺炎的预防措施中不妥的是 ( )。
- A. 妊娠期经常擦洗乳头 B. 矫正乳头凹陷
- C. 每次哺乳排尽乳汁 D. 预防性应用抗生素
5. 乳腺脓肿切口以乳头为中心呈放射状的目的是 ( )。
- A. 避免损伤乳头 B. 有利于引流通畅
- C. 避免损伤乳腺导管 D. 有利于配合其他治疗
6. 对于急性乳腺炎早期的治疗护理措施, 错误的是 ( )。
- A. 积极排出乳汁 B. 切开引流 C. 局部热敷 D. 应用抗生素
7. 沈女士, 29 岁。左急性乳腺炎发病 1 日, 左乳肿痛。下列护理措施中不正确的是 ( )。
- A. 停止哺乳 B. 用吸乳器吸净乳汁
- C. 局部热敷 D. 若形成脓肿切开引流后应保持引流通畅
8. 不属于急性乳腺炎早期临床表现的是 ( )。
- A. 乳房胀痛 B. 局部皮肤红、肿、热
- C. 局部出现波动感 D. 白细胞计数增高
9. 患者产后 3 周, 左乳疼痛, 体温升高, 局部红肿, 触之有波动感, 最佳处理措施是 ( )。
- A. 局部理疗 B. 用硫酸镁湿敷 C. 托起患乳 D. 切开引流

## 二、简答题

1. 简述乳腺炎的致病原因。
2. 简述急性乳腺炎的处理原则。

## 三、病例分析题

小宋, 28 岁, 小学教师, 产后 24 天出现右侧乳房胀痛, 畏寒、发热、脉快。入院时查体: 右侧乳房皮肤红肿明显, 局部可扪及一压痛性肿块, 有波动感, 同侧腋窝淋巴结肿大, 诊断为急性乳腺炎, 拟行脓肿切开引流术。

- (1) 患者主要的护理诊断是什么?
- (2) 进行科学的健康指导。



## 第七章

# 肿瘤病人的护理

## 第一节 食管癌病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握食管癌病人的护理评估、护理诊断及护理措施。
2. 理解食管癌治疗要点。
3. 了解食管癌的病因和发病机制。



### 知识梳理

#### 一、概述

食管癌是常见的消化道肿瘤，发病年龄多在 40 岁以上，男性多于女性，食管癌好发部位以中胸段多见，其次是下胸段及上胸段。绝大多数为鳞状上皮癌，其次是腺癌。淋巴转移是食管癌的主要转移途径。食管的分段如图 7-1 所示。

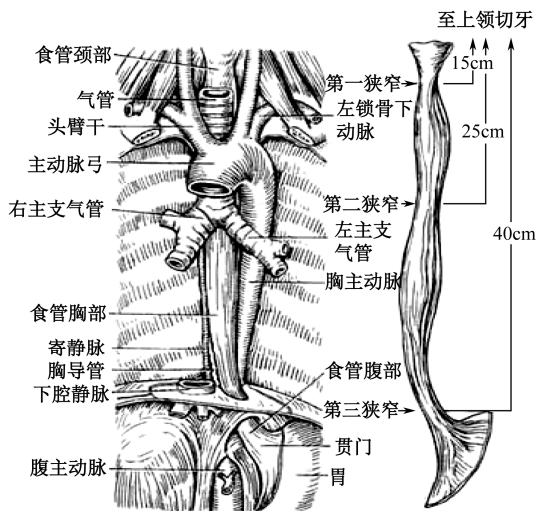


图 7-1 食管的分段

## 二、病因及病理类型

### 1. 病因

病因至今不明，与下列因素有关。

(1) 化学物质：体内外形成的亚硝胺类化合物，有较强的致癌作用，真菌能促进或合成亚硝胺。

(2) 微量元素：正常人饮食中缺乏动物蛋白质，微量元素（钼、铁、锌、氟、硒），维生素 A、维生素 B 与食管癌变有关。

(3) 饮食生活习惯：长期饮烈性酒、吸烟、进食过快、食物过硬、过热等，可造成食管慢性刺激和损伤，增加了对致癌物的易感性。

(4) 慢性疾病：有无慢性食管炎、食管良性狭窄、食管白斑病等食管疾病。

### 2. 病理类型

按病理形态分髓质型、蕈伞型、溃疡型、缩窄型，髓质型最常见。

## 三、临床表现

(1) 早期症状常不明显，偶有吞咽食物哽噎感、停滞感或异物感，胸骨后烧灼样、针刺样疼痛。

(2) 中晚期典型症状，即进行性吞咽困难。先是难咽干硬食物，继而半流质，最后水和唾液也不能咽下，病人逐渐消瘦，脱水，贫血，营养不良。晚期出现恶病质，侵犯喉返神经，肋间神经和气管时，出现声音嘶哑，胸痛，食管气管瘘。

## 四、辅助检查

(1) 食管拉网脱落细胞学检查，是早期普查食管癌的方法。

(2) 食管吞钡 X 线检查、CT 检查、纤维食管镜检查是诊断食管癌比较可靠的方法。

## 五、治疗要点

以手术治疗为主，辅以放射、化学药物等治疗的综合疗法。早期病例首选根治性切除手术，手术切除病变食管并重建食管，常采用胃或结肠经食管床上提至胸腔内与食管残端吻合。晚期肿瘤不能切除的病例，做姑息性减状通路手术，如食管腔内置管术或胃造瘘等，解决病人的进食困难。

## 六、护理诊断

(1) 营养失调：低于机体需要量，与吞咽困难，手术后进食有关。

(2) 体液不足：与吞咽困难、水分摄入不足有关。

(3) 潜在并发症：吻合口瘘、乳糜胸等。

(4) 焦虑：与对疾病的恐惧和担心疾病预后有关。

## 七、护理措施

### (一) 营养支持

提供高热量、高蛋白、高维生素易消化的流质或半流质饮食。术前一天禁食，放疗 2~3 周时易出现放射性食管炎，表现为进食烧灼痛，嘱病人避免进干硬食物，以免发生食管穿孔。注意口腔卫生，进食后漱口，定时进行口腔护理。

## （二）术前一般护理

做好术前常规护理，吸烟者术前 2 周戒烟。训练病人深呼吸、有效咳嗽排痰的动作；积极治疗口腔慢性病灶。

## （三）术前消化道准备

（1）术前 3 日改流质饮食，餐后温开水漱口，并且每餐后或睡前服新霉素及甲硝唑溶液，以达到食管粘膜消炎的作用。

（2）对食管梗阻的病人，术前 3 天每晚插胃管用抗生素生理盐水冲洗食管，以减轻组织水肿，降低术后感染及吻合口瘘的发生率。

（3）行结肠代食管者应做好肠道准备。术前 3~5 日口服肠道抗生素，如甲硝唑或新霉素等。术前 2 日进食无渣流质，术早晚行清洁灌肠或全肠道灌洗后禁饮禁食。

（4）手术日晨放置胃管及十二指肠营养管，通过梗阻部位时不能强行插入，以免穿破食管。通过有困难者，胃管置于梗阻部位上端，手术中由医生在直视下插入胃内。

## （四）术后护理

### 1. 一般护理

体位：病人麻醉清醒，生命体征平稳后取半卧位，每 15~30 分钟测量生命体征一次，记录 24 小时出入量，观察伤口敷料有无脱落及渗血渗液等。

饮食：术后 3~5 天内严格禁食禁饮，禁食期间持续胃肠减压，静脉输液。术后 3~5 天待肛门排气、胃肠减压引流量减少后、拔除胃管。拔管 24 小时后先试饮少量水，若无异常，术后 5~6 天可给全流质，术后 2 周给半流质饮食，术后 3~4 周病人可进普食。

### 2. 维持胸腔闭式引流通畅，观察引流液量、性状并记录

若术后 3 小时内胸腔闭式引流量为每小时 100mL，呈鲜红色并有较多血凝块，病人出现烦躁不安、血压下降、脉搏增快、尿少等血容量不足的表现，应考虑有活动性出血；若引流液量多，由清亮渐转浑浊，则提示有乳糜胸，应及时报告医师，协助处理。

### 3. 胃肠减压的护理

食管癌切除行胃代食管术后，易发生胃内气体及液体潴留，膨胀的胃造成吻合口张力增加，并在胸内直接压迫心肺，干扰呼吸循环功能。胃肠减压应保持胃管通畅，若引流不畅时，可用少量生理盐水低压冲洗。如胃管脱出后不应再盲目插入，避免戳穿吻合口。结肠代食管手术后，如从管内吸出大量血性液体，或呕出大量咖啡样液伴全身中毒症状，应考虑代食管的结肠有坏死的可能，需立即通知医生并协助处理。

### 4. 呼吸道的护理

术后观察呼吸的节律、频率，呼吸形态，鼓励病人深呼吸、吹气球，促进肺膨胀；鼓励咳嗽，必要时吸痰，保持气道通畅。

### 5. 并发症的观察与处理

（1）吻合口瘘：是食道癌手术后最严重的并发症，多发生在术后 5~7 天。消化道内容物的漏出，导致胸膜腔感染，表现为持续高热、呼吸困难、胸痛、患侧胸膜腔积气积液，全身中毒症状明显，重者可发生感染性休克。处理应立即禁食禁饮、胃肠减压、胸腔闭式引流、抗感染治疗和营养支持等。

（2）乳糜胸：多因伤及胸导管所致。乳糜胸多发生在术后 2~10 日，少数病例可在 2~3 周后出现。术后早期由于禁食，乳糜液含脂肪甚少，胸腔闭式引流可为淡血性或淡黄色液。恢复进食后，乳糜液漏出增多，大量积聚在胸腔内，可压迫肺及纵隔并向健侧移位。病人表现为胸闷、气

急、心悸，甚至血压下降。如未及时治疗，可在短时期内造成全身消耗、衰竭死亡。一旦发生乳糜胸，即置胸腔闭式引流，及时排除胸腔内乳糜液，促使肺膨胀。可负压持续吸引，有利于胸膜形成粘连，同时采用胃肠外营养支持治疗。

(3) 肺不张、肺部感染：由于疼痛限制病人呼吸、咳嗽，或胃上拉至胸腔内使肺受压等因素的影响，术后易发生肺不张、肺感染。患有慢性肺部疾病者，术前戒烟、控制肺内感染；术后加强呼吸道管理，叩背协助病人有效咳嗽。

#### 6. 胃造瘘病人护理

食管癌晚期手术无法切除癌肿时，常采用胃造瘘作为姑息性减状手术，其方法是在胃前壁做一小口，向胃腔内置入一根橡皮管，此管从前腹壁戳创引出，手术 72 小时后，胃与腹壁的腹膜粘连形成一个瘘管。通过导管灌注食物或手术后行胃肠减压。

(1) 灌食前准备。 选择合适的食物，如牛奶、果汁、米汤、肉沫汤、鸡汤等流质饮食。通常一天需要 2000~2500mL 流质饮食，每 3~4 小时灌一次，每次 300~500mL。灌注的食物用过滤器过滤，避免食物残渣堵塞造瘘管，食物最好现用现配。 灌食用物包括灌食器、温水、导管、纱布和橡皮筋。

(2) 灌食方法。病人取半卧位，将导管一端连接在造口管上，另一端连接灌食器；将食物放入灌食器，灌食器保持适当的高度，借助重力作用使食物均匀缓慢流入胃内。灌食速度勿过快，每次勿灌食过多。灌完后用 20~30mL 温水冲洗导管以免残留食物，凝固阻塞，并能保持管内清洁，减少细菌滋生。取下灌食器，将造口管子折曲，纱布包裹，用橡皮筋绑紧，再适当固定在腹壁上。

(3) 造瘘管护理：胃造瘘管每周更换一次，一个月后可以拔除造瘘管，在灌食前插入导管即可。保持造瘘口周围皮肤清洁，每次灌食后用温水拭净皮肤，并在瘘口周围涂氧化锌软膏，或贴保护膜防止皮肤发生糜烂。

### 八、健康教育

(1) 饮食指导：术后病人建立饮食习惯，饮食应少食多餐，细嚼慢咽，以高热能、高蛋白、易消化的软食为宜。若病人进食后出现胸闷和呼吸困难症状（此症状多见于术后胃上提的病人），多因胸腔内胃膨胀压迫心肺所引起，预防方法是餐后 2 小时不能平卧；食物反流症状较重者，睡眠时应把枕头垫高，防止胃液反流至食道引起恶心和呕吐症状，并服用抑制胃酸分泌的药物。要戒烟酒，避免过烫及辛辣等刺激性食物。禁止进食带骨、刺等硬质食物，防止发生晚期吻合口瘘，质硬的药片或药丸，也应研碎后再服。长期胃造瘘者，应教会病人自我护理的方法。

(2) 结肠代食管术后，因结肠逆蠕动，病人口腔常嗅到粪臭气味，应向病人耐心解释，一般经半年后症状会逐步减轻，并指导其注意口腔卫生。

(3) 术后循序渐进的肩关节功能锻炼，避免长期制动造成肩关节僵硬和上肢肌肉萎缩。

(4) 定期复查，坚持后续放疗、化疗。



#### 高考链接

【例 1】(2009 年高考题) 进展期食管癌典型的症状是 ( )。

- |           |             |
|-----------|-------------|
| A. 进食哽噎感  | B. 进食时胸骨后疼痛 |
| C. 食管内异物感 | D. 进行性吞咽困难  |

【分析】本题考察食管癌的中晚期典型症状，即进行性吞咽困难

【答案】D

【例2】(2010年高考题)食管癌术后患者可能发生的最严重的并发症是( )。

A. 吻合口瘘 B. 呼吸道感染 C. 乳糜胸 D. 压疮

【分析】吻合口瘘是食道癌手术后最严重的并发症，多发生在术后5~7天。

【答案】A

【例3】(2013年高考题)不属于食管癌早期症状的是( )。

A. 进食异物感 B. 咽下食物哽噎感 C. 进食胸骨后疼痛 D. 声音嘶哑

【分析】当食管癌发展到进展期，侵蚀喉返神经时，病人才会出现声音嘶哑。

【答案】D

【例4】我国用于普查早期食管癌的方法是( )。

A. 胸部CT B. 食管镜检查  
C. 病理切片检查 D. 食管拉网脱落细胞学检查

【分析】食管拉网脱落细胞学检查，是早期普查食管癌的方法。

【答案】D



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 食管癌的典型症状是( )。

A. 营养不良 B. 进行性吞咽困难  
C. 食管内异物感 D. 胸背部疼痛

2. 20世纪我国首创用于早期诊断食管癌的方法是( )。

A. 食管镜检查 B. X线检查  
C. B超检查 D. 食管拉网脱落细胞学检查

3. 食管癌术后最严重的并发症是( )。

A. 出血 B. 吻合口瘘 C. 乳糜胸 D. 胸腔感染

4. 食管癌患者术后第5天，进少量流质饮食后出现呼吸困难、发热、胸痛等症状，应考虑为( )。

A. 胸腔内出血 B. 胸腔感染 C. 吻合口瘘 D. 吻合口梗阻

5. 食管癌切除至少应包括肿瘤上下端的长度是( )。

A. 3cm B. 5cm C. 7cm D. 9cm

6. 食管癌好发部位是( )。

A. 食管下段 B. 食管中段 C. 食管上段 D. 食管下段和中段

7. 患者，男性，58岁。因进行性吞咽困难入院，诊断为食管癌。可能与其患病有关的是( )。

A. 平时喜欢温凉食物 B. 喜食蔬菜  
C. 大量饮酒 D. 不吸烟

8. 患者，男性，70岁。拟行食管癌切除、食管胃吻合术，为预防术后发生吻合口瘘，术前消除食道炎症的护理措施是( )。

A. 餐后口服新霉素 B. 禁食

C. 营养支持

D. 全身使用抗生素

9. 病人, 男性, 58 岁。行食道癌根治术后第 7 天, 进少量流食后出现高热、胸痛, 最可能的并发症是 ( )。

A. 脓胸

B. 乳糜胸

C. 吻合口瘘

D. 吻合口狭窄

10. 患者, 男性, 50 岁, 确诊为食管癌。下列临床表现中, 属于其早期症状的是 ( )。

A. 进食后呕吐

B. 进食时呛咳

C. 进行性吞咽困难

D. 吞咽粗硬食物有哽噎感

11. 食管癌发生转移的主要途径是 ( )。

A. 血行转移

B. 淋巴转移

C. 直接蔓延

D. 种植转移

12. 患者, 男性, 55 岁, 食管癌切除术后第 3 天, 留置胃管出现不通畅, 可采取的护理措施是 ( )。

A. 调整胃管的位置

B. 立即报告医生

C. 用少量生理盐水低压冲洗

D. 拔出胃管, 重新插入

13. 患者, 男性, 60 岁。行食管癌切除术, 术后胃管保留时间, 一般至少为 ( )。

A. 1~2 天

B. 3~4 天

C. 5~6 天

D. 11~14 天

14. 患者, 女性, 64 岁。食管癌收治入院, 准备行食管-胃吻合术, 术前护理人员向其家属提供临床教育时, 下列不正确的是 ( )。

A. 术前常规留置胃管

B. 术前需清洁灌肠

C. 术后最严重的并发症是吻合口瘘

D. 术后可出现进食后呼吸困难

15. 患者, 男性, 58 岁。行食管癌根治术。其术后护理措施中, 不正确的是 ( )。

A. 进食需少量多餐, 由稀到干

B. 拔除胃管后即可进食

C. 术后鼓励做深呼吸

D. 保持胃肠减压通畅

16. 患者, 男性, 62 岁。已行食管癌根治术。术后护理最应特别注意的是 ( )。

A. 保持大小便通畅

B. 维持体液平衡

C. 严格掌握患者进食时间

D. 鼓励早期下床活动

17. 患者, 女性, 55 岁, 考虑为食管癌。最有可能是因为 ( ) 典型症状引起怀疑。

A. 进食时哽噎感

B. 胸骨后烧灼样痛

C. 食管内异物感

D. 进行性吞咽困难

18. 在河南林县行食管癌普查筛选时, 国内常用的检查方法是 ( )。

A. 脱落细胞学检查

B. 食管镜

C. 钡餐 X 线检查

D. 纤维食管镜

## 二、简答题

1. 简述食管癌的临床表现。

2. 简述食管癌手术之前消化道准备的方法。

3. 食管癌手术之后最严重的并发症是什么? 临床表现有哪些? 处理方法是什么?

## 三、论述题

患者, 男性, 73 岁, 因食管癌入院手术治疗, 身高 1.75m, 体重 45kg, 脉搏 85 次/分、呼吸 18 次/分、血压 85/52mmHg, 既往吸烟 50 年, 有家族史, 平时喜食腌制食品。半年前患者无明显诱因出现吞咽困难, 3 天前出现进水梗阻感, 根据病情请回答下列问题:

- (1) 食管癌的好发部位是哪里？
- (2) 此病人术前做哪些准备工作？
- (3) 食管癌的护理诊断有哪些？
- (4) 食管癌手术之后的并发症有哪些？
- (5) 出院后护士应该指导病人在饮食方面注意哪些问题？

## 第二节 胃癌病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握胃癌病人的护理评估、护理诊断及护理措施。
2. 理解胃癌主要护理诊断。
3. 了解胃癌病人的治疗要点及健康教育。



### 知识梳理

#### 一、病因病理及分类

##### (一) 病因

病因尚不明确，目前认为与胃溃疡、萎缩性胃炎、胃息肉恶变等良性病变，胃幽门螺杆菌（重要因素之一），遗传，环境，饮食有关。

##### (二) 好发部位

好发部位多见于胃窦部，高发年龄为 40 ~ 60 岁。

##### (三) 转移途径

淋巴转移是胃癌的主要转移途径，发生较早。晚期最常见的是肝转移，其他如肺、脑、肾、骨处。

胃的结构如图 7-2 所示。

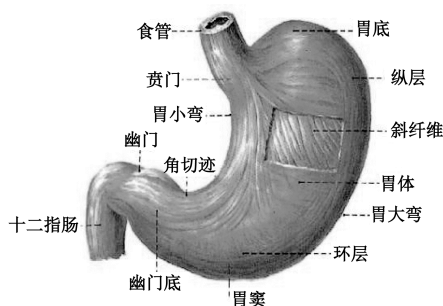


图 7-2 胃的结构

##### (四) 分类

- (1) 胃癌大体类型分为：早期胃癌，癌组织浸润仅限于粘膜或粘膜下层，不论有无淋巴结转

移；进展期胃癌，指癌组织浸润到粘膜下层，进入肌层、浆膜层或浆膜外层者。按 Borrmann 分类分为 4 型，结节型、无浸润的溃疡型、有浸润的溃疡型、弥漫浸润型。

(2) 胃癌的组织类型：按世界卫生组织的分类法分为乳头状腺癌、管状腺癌、低分化腺癌、粘液腺癌、印戒细胞癌、未分化癌，特殊类型癌。

## 二、护理评估

### (一) 了解病人

了解病人的饮食、生活习惯、遗传病史、慢性病史。

### (二) 临床表现

(1) 早期胃癌症状不明显，病人上腹部隐痛（一般服药后可暂时缓解），腹胀，食欲不振，反酸嗝气。

(2) 进展期胃癌，最早出现的症状是上腹部疼痛，体重减轻。贲门癌累及食管下端可出现吞咽困难；幽门梗阻时出现恶心、呕吐（宿食）；癌肿侵及血管可有呕血及黑便。

(3) 体征：早期胃癌可无任何体征，中晚期胃癌有的上腹部可触及肿块，有压痛。癌肿转移可出现相应脏器受累的体征。

### (三) 辅助检查

内镜检查是胃癌早期诊断最有效的方法；X 线钡餐检查，特别是气钡双重对比造影确诊率较高；血液检查常有不同程度的贫血、血沉增快、白蛋白下降、电解质紊乱等，粪便隐血试验多呈持续阳性。

### (四) 治疗要点

早发现，早诊断，早治疗是提高胃癌疗效的关键，手术是首选治疗方法，辅以放疗和化疗（化疗是最主要的辅助治疗方法）。

#### (1) 手术治疗。

根治性手术：整块切除胃的全部或大部，大、小网膜和区域淋巴结，并重建消化道。

微创手术：包括胃镜下的胃粘膜病灶切除或腹腔镜下的胃楔形切除、胃部分切除，甚至全胃切除。

姑息性切除术。

#### (2) 化疗：是最主要的辅助治疗方法。

#### (3) 其他治疗：包括放疗、热疗、免疫治疗、中医中药治疗。

## 三、护理诊断

(1) 舒适的改变。与术后置管和疼痛有关。

(2) 营养失调。低于机体需要量，与下列因素有关：禁食和胃肠减压；摄入食物不足，消化吸收不良；肿瘤导致机体处于消耗性代谢状态；化疗的不良反应。

(3) 焦虑恐惧。与知识缺乏、手术的危险性和并发症的发生有关。

(4) 并发症。胃癌穿孔、出血、消化道梗阻、感染、吻合口瘘、倾倒综合征。



## 四、护理措施

### （一）术前护理

（1）心理护理、做好疏导、消除恐惧。

（2）改善病人的营养状况，给高蛋白、高热量、高维生素易消化无刺激的饮食，或静脉补充营养；纠正贫血。

（3）术前备皮，留置胃管、导尿管。

### （二）术后护理

（1）体位：全麻清醒前去枕平卧，头偏向一侧，清醒后，如血压平稳取低半卧位，有利于呼吸循环，减少切口缝合处张力，减轻疼痛。

（2）观察生命体征、神志、尿量等病情变化。

（3）禁食胃肠减压期间，注意补充营养，妥善固定胃管，观察引流液的性状、颜色和量，防止胃管脱出、扭曲等，定时做好口腔护理和雾化吸入。

（4）术后疼痛给予镇静剂，如病情允许，鼓励病人早期下床活动。

### （三）并发症的观察、预防和护理

#### 1. 术后出血

术后出血（包括胃和腹腔内出血）是术后早期并发症。

（1）症状：术后 24 小时内由胃管中引出 100~300mL 暗红或咖啡样液体，属术后正常现象。如术后不断吸出新鲜血液，24 小时仍未停止，则为术后出血，可出现呕血黑便。

（2）加强腹腔引流的观察：注意引流液的色、质、量，保持引流管通畅。

（3）病情观察：观察生命体征和神志的变化。

（4）治疗：止血和输血，胃出血的病人遵医嘱应用止血药物和输新鲜血液，或用冰生理盐水洗胃，经非手术治疗无效时准备二次手术。

#### 2. 吻合口瘘或残端破裂

吻合口瘘或残端破裂：多发生在术后 3~7 天。

（1）早期吻合口破裂可有明显的腹膜炎症状和体征，须立即行手术处理。

（2）较晚者可形成局限性脓肿或向外穿破而发生腹外瘘，应先行禁食、胃肠减压、局部引流、肠外营养和抗感染等综合措施，必要时行手术治疗。

#### 3. 倾倒综合征

（1）早期倾倒综合征。症状：在进食高渗性食物后 10~20 分钟发生，病人常感心悸、出汗、全身无力、面色苍白，并伴有上腹饱胀不适、恶心呕吐、肠鸣频繁、腹痛、腹泻等症状；处理方法：少食多餐；避免过甜、过咸、过浓流质饮食；进食低糖类、高蛋白饮食；进食后平卧 10~20 分钟。

（2）晚期倾倒综合征（又称低血糖综合征）。多发生在餐后 2~4 小时，表现为心慌、无力、眩晕、出汗、手颤、嗜睡，甚至虚脱，消化道症状不明显，出现症状时少量进食或进糖后即可缓解。

#### 4. 十二指肠残端破裂

（1）症状：右上腹疼痛，腹膜刺激征的表现，发生在术后 3~6 天。

（2）处理。

应立即手术行十二指肠残端缝合，并在十二指肠腔内置 T 管减压，再加腹腔引流。

并行空肠造口术以补充营养，或行胃肠外营养支持治疗。

遵医嘱应用抗生素。

#### 5. 术后消化道梗阻

术后消化道梗阻包括吻合口梗阻、输入段肠袢梗阻、输出段肠袢梗阻，主要的症状是呕吐，区别是呕吐物的性质。

##### (1) 吻合口梗阻。

主要临床表现：进食后上腹饱胀、呕吐，呕吐物为食物，不含胆汁。X线检查可见造影剂完全停留在胃内。

处理方法：一般经禁食、胃肠减压、补液治疗，可使梗阻解除。

##### (2) 输入段肠袢梗阻，包括急性完全性肠梗阻、慢性不完全性输入段梗阻。

急性完全性肠梗阻：突然发生上腹部剧痛，频繁呕吐，量少、不含胆汁，呕吐后症状不缓解，上腹偏右有压痛，甚至可扪及包块。如果梗阻不解除导致破裂休克。紧急手术处理。

慢性不完全性输入段梗阻：表现为进食后 15~30 分钟，上腹阵发性胀痛，大量喷射状呕吐胆汁，不含食物，呕吐后症状缓解，需尽早手术治疗。先保守治疗，无效时手术。

(3) 输出段肠袢梗阻：多因粘连、大网膜水肿或坏死，或炎性肿块压迫等所致；表现为上腹饱胀，呕吐食物和胆汁。若不能自行缓解，应手术解除梗阻。

### 五、健康教育

(1) 指导病人保持乐观情绪，注意休息，劳逸结合，认识喝酒、抽烟等不良习惯对其疾病的危害性。

(2) 宜少量多餐，进食营养丰富的食物，以后逐步过渡至均衡饮食，避免过冷、过烫、过辣及油煎炸食物。

(3) 讲解疾病的相关知识和注意事项。

(4) 嘱病人坚持综合治疗，定期门诊随访，若有不适及时就诊。



### 高考链接

【例 1】(2011 年高考题) 患者，男性，50 岁，消瘦乏力 3 个月，大便隐血持续阳性，X 线钡餐见肾小弯侧胃窦部有充盈缺损，首先考虑的诊断是 ( )。

A. 胃溃疡

B. 浅表性胃炎

C. 胃癌

D. 萎缩性胃炎

【分析】本题考查的是胃癌的诊治，X 线钡餐表现为突向腔内的充盈缺损，胃壁内龛影，粘膜集中、中断、紊乱；局部蠕动波不能通过；胃壁僵硬。

【答案】C

【例 2】(2011 年高考题) 进展期胃癌最早出现的症状是 ( )。

A. 上腹痛

B. 食欲不振

C. 嗝气，反酸

D. 肝大及黄疸

【分析】进展期胃癌，最早出现的症状是上腹部疼痛，体重减轻。贲门癌累及食管下端可出现吞咽困难；幽门梗阻时出现恶心、呕吐（宿食）；癌肿侵及血管可有呕血及黑便。

【答案】A



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 最准确的胃癌诊断方法是 ( )。  
A. 根据临床表现 B. 病理检查 C. X 线检查 D. 胃镜检查
2. 目前胃癌的最佳治疗方法主要是 ( )。  
A. 手术治疗 B. 化学治疗  
C. 放疗治疗 D. 以手术为主的综合治疗
3. 患者男, 72 岁。因胃癌晚期, 不能进食, 需经静脉供给高营养液, 以维持生命。采用颈外静脉穿刺法输液, 其穿刺部位为下颌角与锁骨中点上缘连线的 ( )。  
A. 上 1/3 处 B. 中 1/3 处 C. 下 1/3 处 D. 上 2/5 处
4. 胃癌多发生于 ( )。  
A. 胃弯 B. 贲门部 C. 胃大弯 D. 胃窦部
5. 患者, 男性, 48 岁, 已行毕罗 Ⅱ 式胃大部切除术, 术后预防其早期倾倒综合征的方法不包括 ( )。  
A. 少食多餐 B. 避免过甜、过咸、过浓流质饮食  
C. 进餐后平卧 10~20 分钟 D. 餐后活动 30 分钟
6. 病人男性, 57 岁, 上腹隐痛, 食欲不佳, 体重减轻 4 个月, 解黑便 3 次。体格检查: 腹部无阳性体征。应首先考虑为 ( )。  
A. 慢性胃炎 B. 十二指肠溃疡 C. 胃溃疡 D. 胃癌
7. 患者, 男性, 54 岁。有胃溃疡病史, 近期腹痛较为严重, 且规律改变, 大便隐血检查持续阳性。此时应建议患者 ( )。  
A. CT 检查 B. 口服治疗溃疡药物  
C. 胃镜检查 D. B 超检查
8. 患者, 女性, 46 岁。胃痛 10 年余, 5 个月来症状加重, 持续性上腹痛, 尚能进食, 上腹部偏右可扪及 3cm × 6cm × 7cm 的肿块, 腹水征阳性; 肛指检查: 直肠前壁触及质坚硬结节, 诊断胃癌。下列处理比较合理的是 ( )。  
A. 胃癌根治术 B. 胃大部切除术  
C. 综合治疗 D. 胃-空肠吻合术
9. 胃癌的主要转移途径是 ( )。  
A. 血液转移 B. 淋巴转移 C. 直接转移 D. 种植转移
10. 胃癌可发生在胃的任何部位, 最常见发生于 ( )。  
A. 胃小弯 B. 胃窦 C. 贲门 D. 胃大弯
11. 患者男性, 65 岁, 胃病多年。检查中出现 ( ) 应高度警惕胃癌可能。  
A. 慢性萎缩性胃炎 B. 多年溃疡病出现腹痛规律改变伴消瘦  
C. 粪隐血试验阳性 D. 胃溃疡
12. 患者, 男性, 40 岁。胃不适, 嗝气, 消化不良 3 个月, 经检查确诊为早期胃癌。首选的治疗方案是 ( )。  
A. 根治术 B. 姑息手术 C. 根治术加化疗 D. 化疗
13. 患者, 女性, 56 岁, 经胃镜检查确诊为早期胃癌。其诊断依据是 ( )。

- A. 癌肿小于 1cm, 无淋巴结转移
- B. 癌肿浸润不超过粘膜下层, 不论有无局部淋巴结转移
- C. 癌肿浸润超过肌层, 不论有无局部淋巴结转移
- D. 癌肿浸润粘膜层、粘膜下层及肌层

14. 蔡某, 男, 45 岁, 一个月前出现上腹不适, 疼痛, 食欲减退, 有反酸、嗝气, 体重下降, 以往无胃病史, 服药也未见好转, 3 天前出现黑便, 实验室检查: 大便潜血阳性。为尽快明确诊断, 最好选择 ( )。

- A. 胃液分析      B. X 线胃肠钡餐      C. 纤维胃镜      D. 纤维肠镜
- 15. 患者, 40 岁, 胃癌根治术后化疗期间血白细胞计数降至  $3 \times 10^9/L$ , 应 ( )。
- A. 减少化疗药量      B. 成分输血      C. 保护性隔离      D. 暂停化疗
- 16. 患者, 女性, 56 岁, 经胃镜检查确诊为早期胃癌。其临床表现中不会出现的是 ( )。
- A. 恶病质      B. 嗝气、反酸      C. 食欲减退      D. 上腹不适

## 二、简答题

1. 简述胃癌的临床表现。
2. 简述胃癌的转移途径。
3. 简述胃癌术后消化道梗阻的处理方法。

## 三、视图题

1. 图 7-3 是胃的结构图, 请回答 A、B、D、E、F、代表的部位名称。

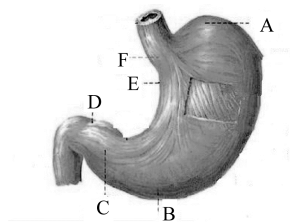


图 7-3 胃的结构

2. 请回答胃癌的好发部位。

## 四、综合分析题

患者女, 50 岁, 胃大部切除术后 2 周。患者进食 20 分钟后出现上腹饱胀、恶心、呕吐、头晕、心悸、出汗、腹泻, 平卧 10 分钟后症状缓解等。

1. 首先应考虑发生了哪种并发症?
2. 应如何预防此并发症的发生?

### 第三节 肝癌病人的护理



#### 考纲要求

1. 掌握肝癌病人的护理评估、护理诊断及护理措施。
2. 理解肝癌治疗要点。
3. 了解肝癌的病因和发病机制。



#### 知识梳理

#### 一、定义

原发性肝癌是指肝细胞或肝内胆管细胞发生的癌，为我国常见恶性肿瘤之一，高发于东南沿海，好发于 40 ~ 50 岁，男性比女性多见。

#### 二、病因病理及分型

- (1) 病因病理不明，可能与病毒性肝炎、肝硬化、黄曲霉素、亚硝胺类致癌物、水土因素有关。
- (2) 原发性肝癌病理形态可分为三型：结节型、巨块型、弥漫型、结节型最多见。
- (3) 按组织学分型：分为肝细胞型、胆管细胞型、混合型，其中我国肝细胞型最多见。
- (4) 转移途径。

血行转移：最多见于肺，其次是骨、脑。

淋巴转移。

腹腔种植性转移。

直接蔓延。

#### 三、护理评估

##### (一) 健康史

询问有无病毒性肝炎、肝硬化病史，以及疾病的发生、发展情况，询问有无家族遗传病史。

##### (二) 临床表现

早期无典型症状，随病情的进展，常有以下表现。

(1) 肝区疼痛，半数以上的病人为首发症状（多为持续性肿痛或钝痛；癌结节破裂时，剧痛，急腹症表现。）

(2) 消化道症状：乏力、消瘦、食欲减退、腹胀等。

(3) 全身症状：进行性消瘦、发热、贫血、下肢水肿及恶病质等。

(4) 肝大：中晚期病人最常见的主要体征。晚期出现黄疸、腹水。

##### (三) 辅助检查

##### 1. 血清甲胎蛋白

血清甲胎蛋白(AFP)是诊断原发性肝癌最常用、最重要的方法，如血清甲胎蛋白 > 400ng/mL，

排除活动性肝炎，生殖腺胚胎性肿瘤，妊娠时，可考虑肝癌。

## 2. 影像学检查

(1) B 型超声检查：是目前肝癌定位检查中首选的一种方法，可发现 2.0cm 左右的小肝癌，诊断符合率可达 90%。

(2) CT、MRI 检查：可发现 1.0cm 左右的小肝癌，诊断符合率可达 90%。

## 3. 肝穿刺活组织检查

肝穿刺活组织检查具有确诊的意义，肝血管瘤禁止采取此项检查。

## (四) 治疗要点

治疗的关键在于早期诊断、早期治疗。

(1) 手术切除是目前根治原发性肝癌的最好方法。

(2) 手术不能切除的肝癌，可视病情选择肝动脉结扎，肝动脉插管化疗、冷冻、微波治疗，有一定的疗效。

(3) 其他：包括放疗、免疫治疗、基因治疗等。

## 四、护理诊断

(1) 疼痛：肝区疼痛，与癌肿增大牵拉肝包膜有关。

(2) 营养失调：低于机体需要量，与恶性肿瘤对机体的慢性消耗、化疗所致胃肠道反应有关。

(3) 有感染的危险：与恶性肿瘤对机体的长期消耗及化疗、放疗致白细胞减少、抵抗力下降有关。

(4) 恐惧：与腹部剧烈疼痛或担心预后有关。

(5) 潜在并发症：肝性脑病、上消化道出血、癌结节破裂出血。

## 五、护理措施

### (一) 一般护理

#### 1. 改善营养状况

(1) 术前给病人高蛋白、高热量、高维生素饮食，有肝性脑病倾向时，减少蛋白质摄入。疼痛剧烈时暂停进食，待疼痛减轻再进食。恶心、呕吐时，于服用止吐剂后进少量食物。肝癌晚期病人，遵医嘱静脉给予清蛋白、血浆及全血，纠正贫血、营养不良，提高手术耐受力。

(2) 术后早期给予静脉营养支持，肠蠕动恢复后拔除胃管给流质饮食，以后酌情改半流质和普通饮食。

#### 2. 休息

协助病人采取舒适的体位，大量腹水、呼吸困难者半卧位，吸氧。术后防止出血，禁止病人早期下床活动。24 小时内卧床休息，鼓励排痰，但是避免用力剧烈咳嗽，48 小时后可以取半坐位。

#### 3. 疼痛的护理

采取舒适的体位，遵医嘱应用吗啡等止痛剂。

### (二) 并发症的预防和护理

#### 1. 出血

(1) 术前出血。改善凝血功能：术前 3 天给维生素 K<sub>1</sub> 肌肉注射，预防术中、术后出血。

肿瘤破裂出血：是原发性肝癌常见的并发症，告知病人消除导致肿瘤破裂的诱因，如剧烈咳嗽、打喷嚏、用力排便等动作。加强腹部体征的观察，如突然出现腹痛，腹膜刺激征，应及时通知医

生,积极配合抢救。

(2) 术后出血。是肝切除术后常见的并发症,注意预防和控制出血。严密观察病情变化。

体位和活动:术后血压平稳可以改半卧位,术后防止出血,禁止病人早期下床活动。24 小时内卧床休息,鼓励排痰,但是避免用力剧烈咳嗽。引流液的观察:术后当日可从肝旁引流管引流出血性液体 100~300mL,若出血性液体增多,应警惕腹腔出血,应做好再次手术止血的准备。

## 2. 肝性脑病的预防

加强病情观察;吸氧;避免肝性脑病的诱因,禁用肥皂水灌肠,便秘者可口服乳果糖,促使肠道内氨的排出。

## 3. 膈下积液及脓肿

膈下积液及脓肿是肝切除术后严重并发症。原因:术后引流不畅或引流管拔出过早,使残肝旁积液、积血,或肝断面坏死组织及渗漏胆汁聚集造成膈下积液,如果继发感染则形成膈下脓肿。处理:保持引流通畅,加强观察,加强支持治疗和抗菌药的应用。

## (三) 介入治疗的护理

(1) 介入治疗前的准备:解释化疗的目的、方法、注意事项。术前禁食 4 小时,做好穿刺处皮肤准备。注意出凝血时间、血常规、肝肾功能、心电图检查,判断有无禁忌症。

(2) 预防出血:术后平卧,穿刺处压沙袋 1 小时,穿刺侧肢体制动 6 小时。观察穿刺侧肢体皮肤的颜色、温度及足背动脉搏动。

(3) 导管管理:妥善固定防止扭曲;严格无菌操作,每次注药前消毒导管,注药后用无菌纱布包扎,防止逆行感染;为防止导管堵塞,注药后用肝素稀释液 2~3mL (25U/mL) 冲洗导管。拔管后局部加压 15 分钟,卧床 24 小时,防止局部出血。

(4) 栓塞后综合征的护理:肝动脉栓塞化疗后多数病人出现发热、恶心、呕吐、肝区疼痛、心悸、白细胞下降等,称为栓塞后综合征。对症处理,白细胞计数  $<4 \times 10^9/L$  时,暂停化疗,应用升白细胞药物。

## 六、健康教育

(1) 积极治疗病毒性肝炎和肝硬化。

(2) 定期对肝癌高发地区的人群进行普查。

(3) 教会病人和家属观察病情的方法,指导病人摄入高蛋白、高维生素饮食,利于术后康复。

(4) 按医嘱服药,忌服损害肝脏的药物。



## 高考链接

【例 1】(2011 年高考题)原发性肝癌患者的饮食应采取( )。

A. 高蛋白、高脂肪

B. 高蛋白、高糖

C. 高脂肪、高糖

D. 高蛋白、高维生素

【分析】原发性肝癌病人的饮食应以高蛋白、高维生素、适当热量为宜,避免摄入高脂肪、高热量和刺激性食物,以免加重肝脏负担。

【答案】D

【例 2】(2011 年高考题)半数以上原发性肝癌患者的首发症状是( )。

A. 肝区疼痛

B. 贫血、水肿

C. 黄疸

D. 恶病质

【分析】本题考查肝癌的首发症状。

【答案】A



## 反馈训练

### 一、选择题

- 我国原发性肝癌最常见的组织学类型是 ( )。
  - 肝细胞型
  - 胆管细胞型
  - 混合型
  - 结节型
- 原发性肝癌血行转移时,最常见的转移部位是 ( )。
  - 脑
  - 肺
  - 肾
  - 骨
- 原发性肝癌病人最早出现的表现大多是 ( )。
  - 肝区疼痛不适
  - 全身乏力
  - 食欲不振
  - 黄疸
- 下列实验室检查中对于原发性肝癌的确诊最有价值的是 ( )。
  - 甲胎蛋白测定
  - 癌胚抗原测定
  - 碱性磷酸酶测定
  - 乳酸脱氢酶测定
- 原发性肝癌早期病人首选的治疗方法是 ( )。
  - 手术
  - 化疗
  - 放疗
  - 中医治疗
- 在我国,与原发性肝癌的发病率关系最密切的肝炎病毒是 ( )。
  - 甲型肝炎病毒
  - 乙型肝炎病毒
  - 丙型肝炎病毒
  - 丁型肝炎病毒
- 患者,男性,56岁,肝硬化病史7年。近一个月来出现肝脏进行性肿大及持续性肝区疼痛、腹水呈血性。该患者最可能的并发症是 ( )。
  - 上消化道出血
  - 感染
  - 活动性肝炎
  - 原发性肝癌
- 下列不属于肝癌的伴癌综合征的是 ( )。
  - 红细胞增多症
  - 高钙血症
  - 自发性低血糖
  - 黄疸
- 与肝癌发生关系密切的是 ( )。
  - 3,4-苯并芘
  - 黄曲霉毒素
  - 石棉纤维
  - 紫外线
- 关于原发性肝癌的全身表现错误的是 ( )。
  - 进行性消瘦
  - 高血脂
  - 高血糖
  - 红细胞增多症
- 导致原发性肝癌死亡最多见的原因是 ( )。
  - 上消化道出血
  - 肝性脑病
  - 肝癌结节破裂
  - 败血症
- 患者,男性,60岁。原发性肝癌早期。行部分肝切除术,术后24小时内护士应该给病人安排 ( )。
  - 自由体位
  - 高半卧位
  - 侧卧位
  - 绝对卧床休息
- 患者,男性,50岁,慢性乙肝8年,教育其预防原发性肝癌的有效措施不包括 ( )。
  - 低盐、低脂饮食
  - 防止粮食和食品霉变
  - 戒烟、酒
  - 积极防治乙型病毒性肝炎
- 原发性肝癌病人最突出的体征是 ( )。
  - 腹水呈血性
  - 腹膜刺激征
  - 肝进行性肿大
  - 黄疸与发热
- 某肝癌病人作肝叶切除术后第1天,病人感腹痛、心慌、气促、出冷汗,血压12/8kPa,



首选应考虑 ( )。

A. 胆汁性腹膜炎 B. 肠梗阻 C. 肝断面出血 D. 膈下脓肿

## 二、简答题

简述原发性肝癌的临床表现。

## 第四节 大肠癌病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握大肠癌病人的护理评估、护理诊断及护理措施。
2. 理解大肠癌治疗要点。
3. 了解大肠癌的病因和发病机制。



### 知识梳理

大肠癌是常见的恶性肿瘤，包括结肠癌和直肠癌，直肠癌的发病率高于结肠癌，直肠癌最常见，乙状结肠癌次之。淋巴转移是主要的转移途径。大肠结构如图 7-4 所示。

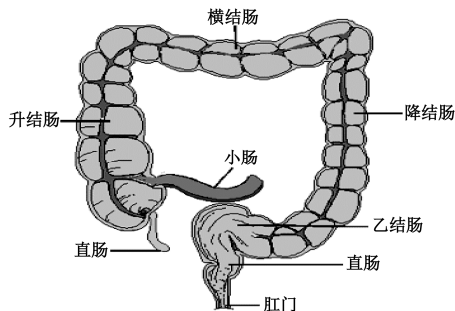


图 7-4 大肠结构

### 一、病因

病因未明，可能与以下因素有关。

- (1) 癌前病变：肠道腺瘤、溃疡性结肠炎、克罗恩病、家族性息肉病、结直肠的慢性炎症等。
- (2) 饮食结构：与少纤维、高脂肪、高蛋白饮食有关。
- (3) 遗传因素。

### 二、护理评估

#### (一) 健康史

了解病人的饮食及生活习惯，既往有无便血、排便习惯改变及结直肠慢性炎症，以及有无家

族史。

## （二）临床表现

### 1. 结肠癌

- （1）排便习惯和粪便性状改变：常为首发症状，表现为大便次增多、粪便不成形或稀便。
- （2）腹痛：早期症状，疼痛部位不明确，为持续隐痛，出现肠梗阻时痛感剧烈。
- （3）腹部肿块：腹部可扪及肿块，质地坚硬，呈结节状。
- （4）肠梗阻：属晚期症状，为低位、慢性、不完全性结肠梗阻。
- （5）全身症状：右半结肠癌以全身中毒症状、贫血、腹部包块为主要表现，梗阻较少发生；左半结肠癌临床上以不完全性或完全性低位肠梗阻为主，伴腹泻、便秘、便血。

### 2. 直肠癌

- （1）直肠刺激症状：排便不适、排便不尽感，肛门下坠感，腹泻、里急后重。
- （2）癌肿破溃感染症状：大便带血及粘液，脓血便。
- （3）肠腔狭窄症状：大便变形、变细，梗阻后有腹胀、阵发性腹痛、肠鸣音亢进，大便困难。

## （三）辅助检查

- （1）直肠指检：简单易行，是诊断直肠癌的最主要方法。
- （2）内镜检查：直肠镜、乙状结肠镜、纤维结肠镜检，可取活检，是诊断大肠癌的最有效方法。

（3）影像学检查：钡剂灌肠或气钡双重造影检查及 B 超、CT 等。

（4）大便潜血检查是初筛手段，血清癌胚抗原（CEA）测定对大肠癌的诊断有一定价值。

## （四）治疗要点

以手术切除为主，辅以放疗、化疗。

### 1. 结肠癌根治术

结肠癌根治术切除范围包括癌所在的肠袢及其系膜和区域淋巴结。根据癌肿部位，可选择右半结肠切除术、左半结肠切除术、横结肠切除术、乙状结肠切除术。

### 2. 直肠癌根治术

（1）Miles 手术（经腹会阴联合切除术）（图 7-5）：适用于腹膜反折以下的直肠癌，不保留肛门，于病人左下腹行永久性结肠造瘘口（人工肛门）。

（2）Dixon 手术（经腹直肠癌切除术）（图 7-6）：适用于直肠癌下缘距肛缘 5cm 以上的直肠癌，可以保留肛门。

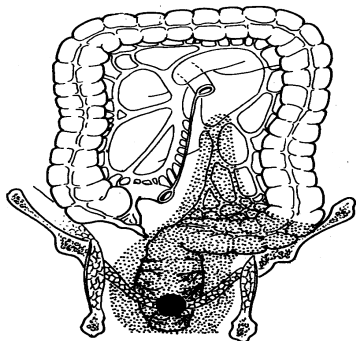


图 7-5 Miles 手术示意图

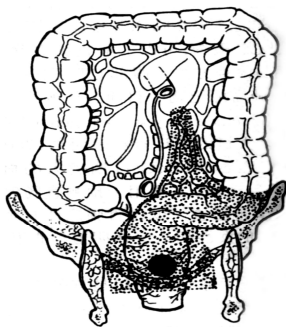


图 7-6 Dixon 手术示意图

### 3. 结肠造口术

结肠造口术适用于急性肠梗阻的结肠癌或晚期直肠癌。

## 三、护理诊断

- (1) 恐惧/焦虑：与对癌症、手术的恐惧及担心预后有关。
- (2) 知识缺乏：与肠道手术的注意事项及结肠造口的护理知识缺乏有关。
- (3) 疼痛：与癌症侵蚀及手术创伤有关。
- (4) 营养失调：与癌肿慢性消耗、慢性出血、感染有关。
- (5) 排便异常：与肿瘤造成结肠梗阻、刺激直肠有关。
- (6) 潜在的并发症：出血、感染等。
- (7) 自我形象紊乱：与腹部结肠造口的建立、排便途径改变有关。

## 四、护理措施

### (一) 术前护理

1. 心理护理
2. 营养支持

给高热量、高蛋白、高维生素、易消化的少渣饮食；必要时输血，纠正贫血；及时纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱。

### 3. 肠道准备

目的：排空粪便，减少细菌数量，防止术后腹腔和切口感染。

(1) 传统肠道准备。方法：控制饮食，术前 2~3 天进流质；清洁肠道，术前 2~3 日口服缓泻剂，术前一日晚及术日晨做清洁灌肠，禁止高压灌肠；药物使用，术前 3 天口服肠道不吸收的抗生素，如甲硝唑、卡那霉素等，另加用维生素 K。

(2) 全肠道灌洗。方法：术前 12~14 小时口服 37 的等渗平衡电解质液(用 NaCl、KCL、NaHCO<sub>3</sub> 配制) 6000mL，引起容量性腹泻已达到彻底清洗肠道的目的；全过程持续时间为 3~4 小时，直至排出的粪便呈无渣、清水样为止。注意监测病人心肺功能，对于老年体弱、心肾功能不全者禁用。

(3) 口服甘露醇法。术前 1 天午餐后 0.5~2 小时内口服 5%~10%的甘露醇 1500mL 左右，以快速清洁肠道。注意：甘露醇被肠道细菌分解产生的气体遇到电刀可产生爆炸，对于心肾功能不全者也须慎用。

### 4. 其他准备

直肠癌病人术前 2 天每晚用 1:5000 高锰酸钾溶液坐浴，女病人同时做阴道冲洗。

### (二) 术后护理

#### 1. 一般护理

- (1) 体位：平卧 6 小时病情平稳后改半卧位。
- (2) 病情观察：每 1 小时测量生命体征一次，注意记录。
- (3) 饮食指导：早期禁食，持续胃肠减压，胃肠功能恢复后拔出胃管进食流质饮食。
- (4) 引流管的护理：保持引流通畅，观察引流液的性状、颜色、量，做好记录，引流量较多时及时报告医生并协助处理。

(5) 会阴部切口的护理：保持会阴部伤口敷料干燥、清洁，注意及时更换。引流管拔出后予以 1:5000 的高锰酸钾温水溶液坐浴，每天 2 次。

## 2. 结肠造口（人工肛门）护理

结肠造口（人工肛门）护理是术后护理的重点。

(1) 结肠造口开放前，及时更换渗湿的敷料，注意肠管有无回缩、出血、坏死等情况。

(2) 术后 2~3 天造口开放后，取左侧卧位，用塑料薄膜将腹壁切口与造口隔开，以防流出的稀薄粪便污染腹壁切口。

(3) 1 周后造口处伤口基本愈合时，为预防造口狭窄，每日扩肛 1 次；隔日 1 次用温盐水经造口灌肠，促进形成规律的排便习惯。病人出院后为防止人工肛门狭窄，2~3 个月内，每 1~2 周扩张造瘘口一次，发现异常及时就诊。

(4) 下床活动时，指导病人佩戴肛门袋。

(5) 恢复饮食后，注意摄入蔬菜水果、产气少、易消化的少渣饮食，忌生辛辣等刺激性食物，避免饮用碳酸饮料，积极预防腹泻和便秘。便秘时可用液状石蜡或肥皂水经结肠造瘘口做低压灌肠，注意插入造口内的肛管不能超过 10cm，防止肠管损伤或穿孔。

## 3. 术后并发症的观察护理

(1) 切口感染及裂开。

(2) 吻合口瘘。

## 五、健康教育

防癌教育，定期随访，教会病人人工肛门的护理。



## 反馈训练

【例 1】(2011 年高考题) 直肠癌患者最早出现的症状是 ( )。

A. 直肠刺激症状

B. 大便变形、变细

C. 恶心、呕吐

D. 粘液血便

【分析】本题考查直肠癌早期症状。

【答案】A

【例 2】(2013 年高考题) 诊断直肠癌最简便易行的检查方法是 ( )。

A. X 线钡灌肠

B. 直肠镜

C. 直肠指检

D. B 超

【分析】本题考查直肠癌的检查。直肠指检是最简便易行的检查。

【答案】C

【例 3】(2014 年高考题) 结肠造口的患者可以进食的食物是 ( )。

A. 韭菜

B. 芹菜

C. 大豆

D. 菜花

【分析】结肠造口患者术后应摄入产气少、易消化的少渣食物。韭菜、芹菜、竹笋属于高纤维食物，不宜摄入；大豆属于产气食物也不宜摄入。

【答案】D

【例 4】(2014 年高考题) 患者，男性，48 岁，因结肠癌入院，遵医嘱做术前肠道准备，灌肠过程中患者出现速脉，面色苍白，出冷汗，心慌气促，护士的正确处理措施是 ( )。

A. 移动肛管

B. 停止灌肠

C. 挤捏肛管

D. 提高灌肠筒高度

【分析】本题考查灌肠的护理措施。

【答案】B

【例5】(2014年高考题)患者,女性,67岁。结肠癌入院2个月,现患者出现大量腹水,全身水肿,呼吸急促,端坐呼吸,近1周出现癌性发热。请推断该患者出现的发热热型属于( )。

A.稽留热 B.弛张热 C.回归热 D.不规则热

【分析】不规则热多见于流行性感、肿瘤性发热和结核病,体温在24小时中变化不规则,持续时间不定。

【答案】D

【例6】(2014年高考题)患者,男性,50岁,近半年有大便次数增多,腹泻与便秘交替,大便带有便血。经纤维结肠镜检查并取活组织病理检查确诊为结肠癌。( )。

请回答:(1)结肠的分部及结肠的特征性结构。

(2)除患者的大便性质改变外,常见的临床表现还有哪些?

(3)结肠癌的转移途径有哪些?

【答案】(1)结肠分部:升结肠;横结肠;降结肠;乙状结肠。

特征性结构:结肠带;结肠袋;肠脂垂。

(2)临床表现:腹痛;腹部肿块;肠梗阻症状;全身症状(乏力、低热、贫血、消瘦)。

(3)淋巴转移;血行转移;直接浸润;种植转移。



## 反馈训练

### 一、选择题

- 与结直肠癌发病有关的膳食是( )。  
A.高纤维、高脂肪、高蛋白膳食 B.低纤维、高脂肪、高蛋白膳食  
C.低纤维、低脂肪、高蛋白膳食 D.低纤维、高脂肪、低蛋白膳食
- 容易导致肠管环状狭窄与梗阻的结直肠癌类型是( )。  
A.肿块型 B.溃疡型 C.浸润型 D.腺癌
- 大肠癌最好发于( )。  
A.升结肠 B.横结肠 C.降结肠 D.直肠
- 结直肠癌最早出现的症状是( )。  
A.腹部肿块 B.腹部隐痛 C.排便习惯改变 D.发热
- 左半结肠癌的临床特点包括( )。  
A.肠梗阻出现晚 B.较早出现肠梗阻症状  
C.有直肠刺激症状 D.中毒症状为主
- 引起大肠梗阻的最常见的原因是( )。  
A.左半结肠癌 B.右半结肠癌  
C.直肠息肉 D.家族性肠息肉病
- 结直肠癌最常见远处转移的器官是( )。  
A.肾脏 B.肺脏 C.肝脏 D.骨骼
- 对疑有直肠疾病的患者首先应做的检查是( )。  
A.化验检查 B.内窥镜检查

- C. X 线钡剂灌肠检查 D. 直肠指检
9. 结直肠癌手术前最重要的处理措施是 ( )。
- A. 术晨留置胃管和导尿管 B. 输血以纠正贫血
- C. 备皮 D. 充分的肠道准备
10. 结直肠癌的治疗原则是 ( )。
- A. 以放疗为主的综合治疗 B. 以手术为主的综合治疗
- C. 以免疫为主的综合治疗 D. 以中医为主的综合治疗
11. 不属于左半结肠癌的主要表现是 ( )。
- A. 贫血 B. 腹胀 C. 腹部肿块 D. 便秘与腹泻交替
12. 直肠癌根治术后, 在结肠造口开放时, 患者宜取 ( )。
- A. 平卧位 B. 半卧位 C. 左侧卧位 D. 右侧卧位
13. 关于结肠造口开放造口的时间是术后 ( )。
- A. 第一天 B. 2~3 天 C. 4~5 天 D. 6~7 天
14. 不属于右半结肠癌的特点是 ( )。
- A. 腹泻 B. 便秘 C. 粘液血便 D. 肠梗阻症状明显
15. 结直肠癌术后处理不正确的是 ( )。
- A. 定时测血压、脉搏 B. 禁食、禁饮
- C. 术后 3 日无腹胀可拔除胃管 D. 定时灌肠, 保持大便顺畅
16. 关于人工肛门的术前常规肠道准备的叙述中不正确的是 ( )。
- A. 按一般外科手术处理 B. 做好思想工作
- C. 术前 1 日流质, 手术晨禁食 D. 术前晚或次晨做清洁灌肠
17. 结直肠癌不正确的术前准备是 ( )。
- A. 术前 2~3 日流质 B. 应用维生素 K
- C. 术早晚服用缓泻剂 D. 术前 3 日应用肠道吸收的抗生素
18. 患者, 男性, 66 岁, 因直肠癌将于次日手术, 手术前做肠道清洁准备, 护士正确的做法是 ( )。
- A. 行大量不保留灌肠一次, 排出粪便
- B. 行小量不保留灌肠一次, 排出粪便
- C. 行保留灌肠一次, 刺激肠蠕动, 促进排便
- D. 反复多次行大量不保留灌肠, 至排出澄清液
19. 患者, 女性, 67 岁, 结肠癌入院 2 个月, 现患者出现大量腹水, 全身水肿, 呼吸急促, 端坐呼吸, 近一周出现癌性发热, 请推断该患者出现的发热热型属于 ( )。
- A. 稽留热 B. 弛张热 C. 回归热 D. 不规则热
20. 具有结肠带、结肠袋、肠脂垂特征的肠管是 ( )。
- A. 空肠 B. 回肠 C. 盲肠 D. 阑尾
21. 患者, 男性, 60 岁, 结肠癌肠切除手术后 7 天未排便, 下列措施错误的是 ( )。
- A. 肥皂水灌肠 B. 甘油栓剂通便
- C. 鼓励起床活动 D. 增加饮水

## 二、简答题

1. 左、右结肠癌的临床表现有何不同？
2. 大肠癌手术前肠道准备的目的是什么？肠道准备的方法有哪些？
3. 简述传统肠道准备的具体措施。
4. 简述全肠道灌洗的具体措施。

## 三、论述题

汪先生，64岁，因大便次数增多、排粘液血便、便秘2个月而来院诊治，怀疑为直肠癌收入院。拟行经腹会阴联合直肠癌根治术。

- (1) 试述经腹会阴联合直肠癌根治术的适应症。
- (2) 此病人可能的护理诊断是什么？
- (3) 结肠造口的护理措施有哪些？

## 第五节 原发性肺癌病人的护理



## 考纲要求

1. 掌握原发性肺癌病人的护理评估、护理诊断及护理措施。
2. 理解原发性肺癌的治疗要点。
3. 了解原发性肺癌的病因和发病机制。



## 知识梳理

肺癌多数起源于支气管粘膜上皮和腺体，因此也称支气管肺癌。发病大多在40岁以上，男性多见。

## 一、病因与分类

## (一) 病因

- (1) 长期大量吸烟。
- (2) 化学和放射性物质的致癌作用。
- (3) 体内因素：如免疫状态、代谢活动、遗传因素、肺部慢性炎症等。
- (4) 生物学方面：基因表达的变化、基因突变等。

## (二) 分类

- (1) 按组织学类型分类：鳞癌（最常见，老年男性多见）、腺癌（女性多见，对放疗、化疗敏感性差）、大细胞癌、小细胞癌（男性多见，恶性程度高，预后最差，较早发生淋巴和血性转移）。
- (2) 按解剖学分类：中心型肺癌和周围型肺癌。  
中心型肺癌：发生在段支气管至主支气管的癌肿。以鳞癌和小细胞未分化癌常见。  
周围型肺癌：发生于段支气管以下，以腺癌常见。
- (3) 转移途径：包括淋巴转移（最常见）、血行转移、直接扩散。

## 二、护理评估

### （一）健康史

询问病人职业及长期致癌物质接触史，工作环境、居住地空气污染情况，吸烟史、被动吸烟史，饮食情况，肺结核病史，家族史等。

### （二）身体状况的评估

#### 1. 由原发肿瘤引起的症状和体征

（1）咳嗽：常见的早期症状。早期：刺激性干咳；晚期：支气管狭窄，咳嗽加重、带有金属音调。

（2）咯血：多为痰中带血或间断血痰；如肿瘤侵犯大血管，可引起大咯血。

（3）喘鸣：肿瘤引起支气管部分堵塞时出现。

（4）胸闷、气短：肿瘤导致支气管狭窄或受压、胸水、心包积液时出现此症状。

（5）体重下降：晚期恶液质。

#### 2. 肿瘤局部扩散引起的症状和体征

（1）胸痛：咳嗽、深呼吸加重。

（2）呼吸困难：压迫大气道。

（3）咽下困难：压迫食管。

（4）声音嘶哑：压迫喉返神经。

（5）上腔静脉阻塞综合征：压迫上腔静脉所致，表现为头面部和上半身淤血水肿、颈部肿胀、颈静脉扩张等。

（6）Horner 综合征（霍纳综合征）：压迫颈交感神经出现的症状，临床表现为病侧眼睑下垂、瞳孔缩小、眼球内陷、同侧额部与胸壁无汗或少汗。

#### 3. 肺外转移引起的症状和体征

（1）转移至中枢神经系统：出现颅内高压、眩晕、共济失调、偏瘫、脑神经麻痹等神经系统表现。

（2）转移至骨骼：出现骨骼疼痛、局部压痛。

（3）转移至肝脏：肝区疼痛、肝大、黄疸、腹水。

（4）锁骨上淋巴结无痛性肿大，是肺癌淋巴结转移的常见体征。

#### 4. 伴癌综合征

癌作用于其他系统引起的肺外表现，包括内分泌、结缔组织、神经肌肉、血液系统及血管异常表现称为伴癌综合征。出现的症状有：肥大性骨关节病和杵状指、Cushing 综合征、稀释性低钠血症、高钙血症、小脑皮质变性、脊髓小脑变性、重症肌无力周围神经病变等。

### （三）辅助检查

（1）影像学检查：X 线、CT、MRI 检查可以发现肿瘤。

（2）痰脱落细胞学检查（若痰中查到癌细胞即可明确诊断）。

（3）纤维支气管镜检查（重要方法）。

### （四）治疗原则

（1）治疗方法：手术治疗为主，结合化学药物、放射治疗、中医药及免疫治疗等。

（2）小细胞未分化癌对化疗最敏感，辅以手术和（或）放疗。



(3) 非小细胞肺癌：早期以手术治疗为主，晚期多采取综合治疗。

### 三、护理诊断及合作性问题

(1) 恐惧：与肺癌的确诊、不了解治疗计划，以及预感到治疗对机体功能的影响和死亡威胁有关。

(2) 疼痛：与癌细胞浸润、肿瘤压迫或转移有关。

(3) 营养失调：低于机体需要量，与癌肿致机体过度消耗、压迫食管致吞咽困难、化疗反应致食欲下降、摄入量不足有关。

(4) 潜在并发症：肺部感染、呼吸衰竭、化疗药物毒副反应、放射性食管炎、放射性肺炎。

### 四、护理措施

#### (一) 一般护理

(1) 休息与体位：根据病情采取舒适体位。

(2) 饮食护理：高蛋白、高热量、高维生素、易消化饮食，食物的色、香、味适合病人的饮食习惯，尽可能安排病人与他人共同进餐；病情危重者采取喂食、鼻饲，或静脉补充，进餐前休息片刻，少量多餐。

(3) 术前指导：指导病人腹式深呼吸练习及有效咳嗽，预防肺部并发症。指导病人在床上进行腿部运动，以避免腓肠肌血栓的形成。告知手术后放置胸腔闭式引流管的目的和注意事项。

#### (二) 病情观察

(1) 观察肺癌的常见症状、肿瘤转移的症状。

(2) 观察化疗、放疗不良反应。

(3) 观察并记录生命体征、体重、尿量，周围血象、肝功、肾功能。

#### (三) 术后的护理

(1) 维持呼吸道通畅。

鼓励病人深呼吸，有效咳嗽、咳痰，必要时进行吸痰。

观察呼吸频率、幅度、节律，以及双肺呼吸音；发现缺氧症状立即报告医生，氧气吸入。

稀释痰液，促进排痰。

(2) 维持生命体征平稳。

(3) 体位。

病人意识未清醒时取平卧位，头偏向一侧，以免误吸而致窒息或并发吸入性肺炎。血压平稳后，取半坐卧位。

肺叶切除者，可采取平卧或左右侧卧位。

肺段切除术或楔形切除术者，取健侧卧位，以促进患侧肺复张。

全肺切除术者，避免过度侧卧，可采取 1/4 侧卧，预防纵膈移位和压迫健侧肺而导致呼吸循环功能障碍。

若有血痰或支气管瘘者，应取患侧卧位并通知医生。

(4) 活动和休息。

鼓励病人早期下床活动，预防肺不张，改善呼吸循环功能，增进食欲。

四肢的活动：促进手臂和肩膀的运动，预防术侧肩关节强直及失用性萎缩。麻醉清醒后，

可以协助病人进行臂部、躯干、四肢的轻度活动，每 4 小时一次；术后第一天开始做肩臂的主动运动。

(5) 伤口的护理。

(6) 维持胸腔引流通畅。

按胸腔闭式引流常规进行护理。

密切观察引流液的量、色、性状，当引流出多量血液（每小时 100 ~ 200mL）时，应考虑活动性出血，立即通知医生。

对全肺切除术后放置的胸腔引流管一般呈钳闭状态，以保证术后患侧胸腔内有一定的渗液，减轻或纠正明显的纵膈移位。每次放液量不宜超过 100mL，速度宜慢，避免快速多量放液引起纵膈突然移位，导致心脏骤停。

#### (四) 疼痛的护理

(1) 评估疼痛。了解疼痛的部位、性质和程度，疼痛加重或减轻的因素，影响病人表达疼痛的因素，疼痛持续、缓解、再发的时间。

(2) 减少诱发和加重疼痛因素。提供安静的环境，调整舒适的体位；小心搬动病人，避免拖、拉动作；指导、协助胸痛病人用手或枕头护住胸部，以减轻深呼吸、咳嗽、或变换体位所引起的胸痛。

(3) 控制疼痛。物理止痛：按摩、针灸、穴位或局部冷敷；药物止痛：按医嘱用止痛药，注意观察疗效及药物不良反应。

#### (五) 应用化疗药物护理

(1) 评估有无化疗药物不良反应。

(2) 监测血象，注意骨髓抑制程度，预防感染。

(3) 减轻化疗药物的消化道反应。

(4) 保护血管。

(5) 加强口腔、皮肤护理。

#### (六) 放疗护理

(1) 评估照射部位皮肤损害程度。

(2) 切勿擦去皮肤照射部位的标志。

(3) 局部禁涂凡士林等难以清洗的软膏、忌贴胶布。

(4) 洗澡不用肥皂或用力搓擦。

(5) 局部避免搔抓、压迫、摩擦。

(6) 吞咽困难者遵医嘱用氢氧化铝凝胶。

(7) 放射性肺炎者，促排痰、镇咳、用抗生素。

## 五、健康教育

(1) 疾病知识指导：宣传防癌知识，进行肺癌普查。

(2) 生活指导：戒烟、控制环境污染、防治呼吸系统疾病、平衡膳食。

(3) 心理指导：正确认识肺癌，增强治疗信心。

(4) 出院指导：完成化疗、放疗，做好临终前护理。



## 高考链接

(2012 年高考题) 患者, 男性, 55 岁, 吸烟 24 年, 每日约 30 支, 近 2 个月来出现刺激性干咳, 吸气性困难, 咳痰, 痰中带血, 拟诊断为支气管肺癌, 你认为该患者的肺癌类型最可能的是 ( )。

- A. 腺癌                      B. 细支气管肺泡癌    C. 未分化小细胞癌    D. 鳞状上皮细胞癌

【分析】鳞状上皮细胞癌(鳞癌), 最常见, 以中央型肺癌多见。

【答案】D



## 反馈训练

### 一、选择题

- 临床上最常见的肺癌是 ( )。  
A. 鳞癌                      B. 小细胞未分化      C. 细胞未分化癌      D. 腺癌
- 表示肺癌已有全身转移的表现是 ( )。  
A. 痰中带血              B. 持续性胸痛          C. 股骨局部破坏      D. 间歇性高热
- 某病人被确诊为支气管肺癌, 其早期表现是 ( )。  
A. 刺激性干咳          B. 吞咽困难              C. 声音嘶哑              D. 呼吸困难
- 肺癌中最可靠的检查方法是 ( )。  
A. 胸部 X 线检查                      B. 胸水查脱落细胞  
C. 胸部 CT                              D. 支气管纤维镜检查
- 与肺癌发病相关的病因中, 最密切的是 ( )。  
A. 年龄                      B. 吸烟史                  C. 职业史                  D. 家族史
- 肺癌多起源于 ( )。  
A. 支气管粘膜上皮                      B. 肺脏层胸膜  
C. 肺泡组织                              D. 壁层胸膜上皮
- 患者, 男性, 60 岁。行全肺切除术后, 胸腔引流管呈钳闭状态的目的是 ( )。  
A. 预防胸膜腔感染  
B. 保证患侧胸腔内有一定渗液, 纠正明显纵隔移位  
C. 减少出血量  
D. 减轻肺水肿
- 患者, 男性, 53 岁, 确诊为肺癌晚期。下列临床表现不是由其肺癌引起的是 ( )。  
A. 淋巴肿大                      B. 声音嘶哑  
C. 咳嗽反复发作, 痰中带血              D. 恶心、呕吐
- 患者, 男性, 53 岁, 确诊为肺癌晚期。除 ( ) 外均应禁忌化疗。  
A. 营养状态差                      B. 白细胞小于  $3 \times 10^9/L$   
C. 消化性溃疡                      D. 严重的肝肾功能障碍
- 患者男性, 58 岁, 刺激性呛咳, 咳痰, 有时带少量血丝。听诊右肺中部有局限性哮鸣音。X 线摄片见右肺肺门附近有单侧不规则肿块状阴影, 无邻近转移现象。应首先采取的治疗措施是

( )。

A. 手术治疗 B. 放射治疗 C. 抗癌药物治疗 D. 免疫治疗

11. 患者, 男性, 53 岁, 肺癌晚期。当其为( )时对化疗较敏感。

A. 腺癌 B. 鳞癌 C. 小细胞癌 D. 大细胞癌

12. 患者, 男性, 52 岁, 怀疑为早期肺癌。检查时下列情况与该病关系不大的是( )。

A. 头晕 B. 刺激性咳嗽 C. 长期吸烟史 D. 持续痰中带血

13. 患者, 男性, 52 岁, 怀疑为早期肺癌。简单而有效的诊断方法是( )。

A. X 线检查 B. 痰脱落癌细胞检查

C. 纤维支气管镜检查 D. 淋巴结活组织检查

14. 患者, 男性, 58 岁, X 线摄片见右肺肺门附近有单侧不规则肿块状阴影, 疑有支气管肺癌。其呼吸系统早期症状最可能是( )。

A. 声音嘶哑 B. 胸痛 C. 气促 D. 刺激性咳嗽

15. 患者, 女性, 50 岁, 肺癌晚期。胸闷, 气促伴 Horner 综合征。此综合征是由于肿瘤压迫了( )所致。

A. 颈交感神经 B. 副交感神经 C. 喉返神经 D. 臂丛交感神经

16. 患者, 男性, 53 岁, 肺癌晚期。下列可能不是其肺癌转移表现的是( )。

A. 肝大、腹水 B. 偏瘫 C. 肋骨剧痛 D. 神经肌肉综合征

## 二、简答题

1. 简述肺癌病人术前指导的内容。

2. 简述肺癌按解剖学类型分为哪几种类型。

3. 简述 Horner 综合征的临床表现。

4. 简述肺癌术后行胸腔闭式引流的护理措施。

## 三、论述题

患者, 男性, 50 岁。胸部 CT 检查示右下肺叶直径 3.4cm、不规则高密度肿块阴影, 同侧肺门淋巴结肿大, 直径约 1.1cm, 支气管纤维镜检查为鳞癌, 行全肺切除术。该患者术后第 1 日, 血压 120/80mmHg, 心率 88 次/分钟, 呼吸 22 次/分钟, 体温 37.5℃, CVP1.57kPa (16cmH<sub>2</sub>O), 尿颜色和量正常, 请回答下列问题:

(1) 肺癌晚期侵犯邻近器官组织时, 会出现哪些征象?

(2) 该肺癌病人的护理问题。

(3) 手术后保持呼吸道通畅的护理措施。

## 第六节 乳腺癌病人的护理



## 考纲要求

1. 掌握乳腺癌病人的护理评估、护理诊断及护理措施。

2. 理解乳腺癌治疗要点。

3. 了解乳腺癌的病因和发病机制。



## 知识梳理

### 一、概述

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤，已占女性恶性肿瘤的第一位。多发于 45 ~ 50 岁，尤其以更年期和绝经期前后的妇女多见。乳腺癌起源于乳管上皮。好发部位：乳外上象限。乳房的解剖结构如图 7-7 所示。

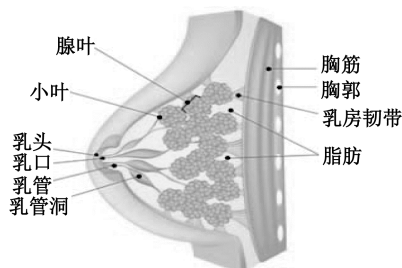


图 7-7 乳房的解剖结构

### 二、病理类型

(1) 非浸润性癌：也叫原位癌（导管内癌、小叶原位癌及乳头湿疹样乳腺癌）。此型属早期，预后很好。

(2) 早期浸润性癌：早期浸润性导管癌、早期浸润性小叶癌仍是早期，预后好。

(3) 浸润性特殊癌：包括乳头样癌、髓样癌（有大量淋巴细胞浸润）、小管癌、腺样囊性癌、粘液腺癌、大汗腺样癌、鳞状细胞癌、乳头湿疹样癌。分化高，预后较好。

(4) 浸润性非特殊癌：包括浸润性小叶癌、浸润性导管癌、硬癌、单纯癌、髓样癌（无大量淋巴细胞浸润）、腺癌。此性分化低，预后差，此型最常见。

### 三、转移途径

(1) 直接浸润：可浸润皮肤、胸大肌、胸筋膜等组织

(2) 淋巴转移途径：乳头、乳晕、乳房外侧 60% ~ 70% 向同侧腋窝转移。乳腺内侧病灶约有 30% 发生内乳淋巴结转移。

(3) 血运途径转移：可经淋巴途径进入血液循环，最常见的远处转移部位在肺、骨、肝。

### 四、乳腺癌发生的易感因素

(1) 乳癌家族史。

(2) 内分泌因素，月经初潮早于 12 岁，绝经年龄大于 50 岁，第一胎足月产龄迟于 35 岁、40 岁未孕与乳癌发病有关。

(3) 乳腺小叶增生。

(4) 营养过剩，肥胖，高脂肪饮食，绝经后补充雌激素，在更年期长期服用雌激素可能增加乳腺癌的危险性。

(5) 环境因素。

## 五、护理评估

### 1. 健康史

询问病人家族史，评估月经史及生育史，了解有无不良饮食习惯，了解激素的使用情况。

### 2. 身体状况

(1) 乳房肿块：是最重要的早期表现。特点：无意间发现的无痛性肿块，多单发、质硬、表面不平、活动欠佳、分界不清。常位于外上象限，其次在乳头、乳晕和内上象限。

### (2) 乳房外形改变

酒窝征：肿瘤侵及 Cooper 韧带（乳腺悬韧带），使其收缩而失去弹性，牵拉皮肤所致。

乳头偏移或回缩：肿瘤侵及近乳头的大乳管，收缩所致。

橘皮症：肿瘤细胞堵塞皮肤和皮下淋巴管致使皮肤水肿，毛囊处出现点状凹陷，形似橘皮样。

局部突起：乳房小，肿块大时，乳房局部隆起。

乳头血性溢液。

(3) 转移征象：发生淋巴转移后，多为同侧腋窝淋巴结肿大和锁骨上淋巴结肿大。转移到肺、骨、肝时出现相应的症状。

### 3. 辅助检查

乳房钼靶 X 线摄片是早期发现乳腺癌的最有效方法，活组织检查是确诊的可靠方法。

### 4. 治疗方法

以手术治疗为主，辅以化学药物、内分泌、放射治疗和生物治疗等综合治疗。手术方式：乳腺癌根治术、乳腺癌的扩大根治术、乳腺癌的改良根治术、全乳房切除术、保留乳房的乳腺癌切除术。

## 六、护理诊断

(1) 自我形象紊乱：与乳房根治术后失去一侧乳房有关。

(2) 躯体移动障碍：与切口瘢痕牵拉有关。

(3) 焦虑或恐惧：与对癌症的预后及乳房缺失有关。

(4) 上肢水肿：与乳房根治术后淋巴管破坏及腋静脉回流受阻有关。

(5) 潜在并发症：出血、气胸（损伤胸膜）、皮下积血、积液、皮瓣边缘坏死。

## 七、护理措施

### (一) 术前护理措施

(1) 做好病人的心理疏导。

(2) 呼吸道准备，加强口腔护理；训练病人腹式呼吸和有效咳嗽、排痰。

(3) 皮肤准备，按手术范围皮肤，尤其注意腋窝部位皮肤准备；手术范围大的，同时做好供皮区皮肤准备。

(4) 特殊准备，对妊娠或哺乳期的病人，及时终止妊娠或立即断乳。

### (二) 术后护理措施

#### 1. 卧位

麻醉清醒，血压平稳后取半卧位，以利于引流和改善呼吸功能。

## 2. 病情观察

(1) 严密观察生命体征的变化，切口敷料渗血渗液情况。

(2) 对扩大根治术后的病人还应注意有无胸闷、呼吸困难，及时报告医生。

(3) 观察手术侧上肢皮肤颜色和温度、感觉、运动、有无肿胀等。若皮肤发绀，肢端肿胀，皮温降低，脉搏不清或肢体麻木，因协助医生及时调整绷带的松紧度。

(4) 了解皮瓣的颜色，有无皮下积液。

## 3. 预防患侧手臂水肿

(1) 患侧手臂水肿发生的原因：腋窝淋巴结切除后，上肢淋巴回流受阻；组织粘连压迫静脉等原因，导致发生水肿。

(2) 预防措施：术后患侧上肢用软枕垫高，并进行上肢远心端的按摩，促进静脉和淋巴的回流。绝对禁止在术侧手臂测血压，注射或抽血，以免加重循环障碍。

## 4. 防止皮瓣移动

(1) 手术部位用弹性绷带加压包扎，使皮瓣紧贴胸壁，包扎松紧度以容纳一手指，能维持正常血运、不影响病人呼吸为宜。

(2) 如绷带松脱滑动，应及时重新加压包扎。

(3) 手术后3天内患肩制动，需要他人扶持时只能扶健侧，以防腋窝皮瓣滑动影响愈合。保持引流通畅。

## 5. 伤口护理

(1) 皮瓣下引流管做持续负压吸引，负压维持在3~6kPa为宜，并保持引流通畅，负压器充盈1/3~1/2时应及时清除。

(2) 皮瓣下积液时，应在无菌操作下穿刺抽吸，然后加压包扎。

(3) 皮瓣边缘发黑坏死时，及时报告医生将其剪除，待创面自行愈合，或待肉芽生长良好后再植皮。

## 6. 功能锻炼

应遵循循序渐进的原则，避免过度劳累。

(1) 手术后24小时内患侧肩部制动，可活动手指及腕部，可做屈指、握拳、屈腕等锻炼。

(2) 术后的1~3天，开始进行患肘、腕、手的运动。

(3) 术后的4~7天，患者可坐起，鼓励病人用患肢洗脸、刷牙、进食等，并做以患侧手指触摸对侧肩部及同侧耳朵的锻炼，避免上臂外展。

(4) 术后1~2周进行肩关节锻炼，方法包括手指爬墙运动、转绳运动、举杠运动等。

## 7. 健康指导

(1) 术后近期避免用患侧上肢搬动，提取重物，坚持康复锻炼。

(2) 术后5年内，应避免妊娠，以免乳房癌复发。

(3) 介绍义乳或假肢的作用和使用方法。

(4) 术后病人每月做一次乳房自我检查，并定期复查。



## 高考链接

【例1】(2012年高考题)乳腺癌手术后，为防止复发应避免妊娠的时间为( )。

A. 1 年                      B. 3 年                      C. 5 年                      D. 10 年

【分析】乳腺癌的健康教育最重要的是告知病人术后 5 年内避免妊娠。

【答案】C

【例 2】(2012 年高考题) 乳腺癌早期的主要临床特征是 ( )。

A. 无痛性包块      B. 乳头内陷      C. 乳头溢血      D. 橘皮样改变

【分析】乳房包块是乳腺癌最早出现的症状, 无痛, 单发。

【答案】A

【例 3】(2010 年高考题) 当乳腺癌累及 Cooper 韧带时, 患者乳房可出现的外形改变是 ( )。

A. 橘皮样变润      B. 乳头血性溢液      C. 乳头回缩, 内陷      D. 酒窝征

【分析】肿瘤侵及 Cooper 韧带 (乳腺悬韧带), 使其收缩而失去弹性, 牵拉皮肤导致酒窝征。

【答案】D



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 乳腺癌最常发生的部位是 ( )。

A. 乳头及乳晕区      B. 乳房外上象限      C. 乳房外下象限      D. 乳房内上象限

2. 根据乳腺癌淋巴转移的主要途径, 护理评估应重点关注的部位是 ( )。

A. 腹股沟      B. 腋窝      C. 颈后      D. 颈前

3. 患者女, 28 岁, 乳腺癌手术后咨询护士可以妊娠的时间为术后 ( )。

A. 1 年      B. 2 年      C. 3 年      D. 5 年

4. 乳腺癌病变过程中最易受累的是 ( )。

A. 肺      B. 腋窝淋巴结      C. 胸骨旁淋巴结      D. 锁骨下淋巴结

5. 患者女, 35 岁, 患乳腺癌。入院后行右侧乳腺癌根治术, 术后第 2 天, 护士对其进行指导后, 患者的讲述中正确的是 ( )。

A. “这种病与遗传无关”      B. “2 年内不能怀孕”  
C. “能在右侧胳膊量血压”      D. “我要坚持右侧上肢的功能锻炼”

6. 乳腺癌治疗的主要方法是早期 ( )。

A. 根治性手术治疗      B. 抗生素治疗      C. 激素治疗      D. 放射治疗

7. 乳腺癌淋巴转移的最早和最常见部位是 ( )。

A. 锁骨下淋巴结      B. 锁骨上淋巴结      C. 腋窝淋巴结      D. 胸骨旁淋巴结

8. 乳腺癌患者出现皮肤凹陷 (酒窝征) 是由于 ( )。

A. 癌性溃疡后遗症      B. 淋巴管被癌细胞堵塞  
C. 癌肿浸润 Cooper 韧带      D. 癌肿浸润深筋膜、胸肌

9. 乳腺癌最早出现的症状是 ( )。

A. 乳房增大      B. 乳头凹陷      C. 无痛性肿块      D. 橘皮样改变

10. 乳腺癌局部皮肤呈橘皮样改变的原因是 ( )。

A. 癌肿浸润 Cooper 韧带      B. 组织粘连  
C. 腋窝淋巴管被癌细胞填塞      D. 皮内、皮下淋巴管被癌细胞填塞

11. 乳腺癌术后处理不正确的是 ( )。



- A. 保持引流管通畅 B. 术后取平卧位  
C. 功能锻炼 D. 观察术侧上肢皮肤颜色和温度
12. 为防止乳腺癌术后皮瓣张力过大或皮瓣活动而造成皮瓣坏死, 正确的方法是 ( )  
A. 加强病情观察 B. 加强换药  
C. 手术侧前臂包扎固定于躯干上 D. 鼓励和协助患者功能锻炼
13. 乳腺癌根治术后进行功能锻炼的时间是 ( )  
A. 手术后当日 B. 手术后 1~3 天  
C. 手术后一周 D. 手术后 10~14 天
14. 乳腺癌患者进行放射治疗时, 需特别注意的是 ( )  
A. 了解放疗意义 B. 协助功能锻炼  
C. 注意局部和全身中毒反应 D. 保护照射区皮肤
15. 乳腺癌术后第 3 日, 不宜采取的措施是 ( )  
A. 术后取半卧位 B. 伤口需加压包扎  
C. 术后早期肩关节活动 D. 术后 3 日患肢制动
16. 乳腺癌根治术后, 并行化疗, 出院前进行健康指导, 对预防复发最重要的是 ( )  
A. 加强营养 B. 参加体育活动增强体质  
C. 5 年内避免妊娠 D. 经常自查乳房
17. 与乳腺癌根治术后护诊断与合作性问题无关的是 ( )  
A. 体像紊乱 B. 潜在并发症、皮瓣坏死  
C. 躯体活动障碍 D. 体液不足
18. 乳腺癌侵犯乳房悬韧带 (Cooper 韧带) 后, 引起相应的皮肤改变是 ( )  
A. 橘皮样变 B. 乳头内陷 C. 表面皮肤凹陷 D. 局部水肿
19. 乳房触诊检查时, 错误的方法是 ( )  
A. 病人取坐位, 两臂自然下垂 B. 手指掌面平放于乳房上顺序触诊  
C. 依次用手指抓捏检查乳房 D. 依次检查乳房的 5 个区域
20. 乳腺癌发病的密切相关因素是 ( )  
A. 卵巢功能失调 B. 乳房良性病变  
C. 高脂肪饮食 D. 绝经迟于 55 岁

## 二、简答题

1. 乳腺癌时出现酒窝征和橘皮样改变的原因是什么?
2. 简述乳腺癌术后患侧手臂水肿发生的原因及预防措施。
3. 简述防止皮瓣移动的护理措施。

## 三、论述题

患者, 女性, 45 岁。发现右乳房无痛性肿块 6 天, 对侧乳房正常; 体格检查发现右乳房外上象限可扪及 2.5cm × 2.0cm 肿块, 质硬、活动度不大, 诊断乳腺癌, 拟行手术根治术。请回答下列问题:

- (1) 乳腺癌可能的护理诊断。
- (2) 乳腺癌手术后行皮瓣下负压引流的注意事项。
- (3) 术后患肢功能锻炼的方法。
- (4) 病人出院后健康指导的内容。

## 第七节 膀胱癌病人的护理



### 考纲要求

1. 掌握膀胱癌病人的护理评估、护理诊断及护理措施。
2. 理解膀胱癌治疗要点。
3. 了解膀胱癌的病因和发病机制。



### 知识梳理

#### 一、概述

膀胱癌是最常见的泌尿系肿瘤，好发于 50~70 岁，男性多于女性。95% 以上为上皮性肿瘤，其中绝大多数为移行上皮细胞乳头状癌。

#### 二、病因病理

##### （一）病因

病因不明，可能与以下因素有关。

- （1）长期接触苯胺类化学物质，如染料、皮革、橡胶、油漆工等，可出现较高的膀胱肿瘤发生率。
- （2）吸烟也是一种增加膀胱肿瘤发生率的原因。

##### （二）病理

（1）膀胱肿瘤可分为两大类，即来源于上皮组织和非上皮组织的肿瘤。从上皮组织发生的肿瘤，主要包括移行上皮性肿瘤、腺癌及鳞状上皮癌，95% 的膀胱肿瘤来自上皮组织，其中移行上皮性肿瘤占绝大多数。

（2）膀胱癌病理以细胞分化和浸润程度最重要。

分化程度分 3 级。Ⅰ级：分化良好，低度恶性；Ⅱ级：分化不良，属高度恶性；Ⅲ级：分化程度介于Ⅰ级和Ⅱ级之间，恶性程度中等。

根据生长方式可分为原位癌、乳头状癌和浸润癌。

转移途径：淋巴道转移是最常见的一种途径，晚期血行转移到肝、肺、骨、皮肤等处。

#### 三、临床表现

（1）血尿：为膀胱癌最常见的首发症状，多数出现全程无痛性间歇性肉眼血尿，出血量可多可少，严重时带有血块。

（2）膀胱刺激症状：膀胱癌晚期或合并感染时出现尿频、尿急、尿痛及持续性尿意感。

（3）排尿困难及尿潴留：癌组织脱落或肿瘤本身及血块阻塞膀胱内口处，导致排尿困难，甚至出现尿潴留。

（4）其他症状：肿瘤浸润输尿管口可引起肾积水。晚期有贫血、水肿、腹部肿块等表现。

## 四、辅助检查

(1) 实验室检查：主要是尿常规和尿脱落细胞学检查，尿脱落细胞检查可找到肿瘤细胞，有助于疾病诊断。

(2) 影像学检查。

B 超是最简单的检查方法，可以发现 0.5cm 以上的肿瘤。

X 线检查：排泄性尿路造影可见充盈缺损。

CT、MRI：了解肿瘤浸润深度及局部转移病灶。

(3) 内镜检查：膀胱镜下取活组织检查是最重要的诊断方法。

## 五、治疗要点

以手术治疗为主的综合治疗。原则上单发、表浅、较小的肿瘤可采取保留膀胱的手术；较大、多发、反复复发及三角区肿瘤，应行膀胱全切术。

## 六、护理诊断

(1) 焦虑或悲哀：与泌尿系肿瘤对生命的威胁、手术后排尿模式改变有关。

(2) 营养失调：低于机体需要量，与癌症慢性消耗、血尿及放疗、化疗的副作用有关。

(3) 排尿异常：排尿困难或尿潴留、膀胱刺激症状等，与肿瘤浸润及出血等有关。

(4) 自我形象紊乱：与膀胱癌手术后所致的尿流改道有关。

(5) 疼痛：与手术所致的组织损伤有关。

(6) 潜在并发症：手术后出血、感染、尿外渗、尿瘘、体液失衡。

## 七、护理措施

### (一) 术前护理

(1) 心理护理：做好耐心的心理疏导，消除恐惧、焦虑、绝望的心理。

(2) 饮食：给病人高蛋白、易消化、营养丰富的食品，纠正贫血，改善营养状况。多饮水可稀释尿液，避免血块引起尿路堵塞。

(3) 观察血尿程度和有无膀胱刺激征，做好记录，晚期癌肿血尿严重者，应卧床休息。

(4) 行膀胱全切肠道代膀胱术的病人，应按结肠直肠手术进行肠道准备。女病人术前 3 天开始冲洗阴道，每天 1~2 次；手术日早晨常规插胃管。

### (二) 术后护理

(1) 一般护理。

体位：病情平稳后取半卧位，膀胱全切除术后，病人应卧床 8~10 天，避免引流管脱落而引起尿瘘。

饮食：病人肛门排气后进食，经尿道膀胱肿瘤电切除术后 6 小时可正常饮食。多饮水，可起到冲洗膀胱的作用。

预防感染：保持伤口清洁、干燥；定时翻身，拍背，指导病人正确咳嗽、咳痰及深呼吸。

(2) 病情观察。

观察血压、脉搏、呼吸的变化。密切注意病情发展，早期进行处理。

保持引流管通畅,观察引流液的质和量。

观察腹壁造口肠管的颜色、光泽,了解肠管的血运情况。

因尿液中的电解质易被肠粘膜吸收,所以肠代膀胱后应定时监测血电解质浓度和血 pH,出现异常及时纠正。

(3) 膀胱全切回肠代膀胱,应密切观察和记录左、右输尿管支架管及回肠代膀胱引流管引流的尿液,以了解双肾及回肠代膀胱的功能。回肠造口周围皮肤每日消毒一次,涂抹氧化锌软膏保护皮肤。

(4) 膀胱全切,输尿管皮肤造口术后,应经常观察皮肤成型乳头的血运情况,如出现回缩、颜色变紫等血运障碍表现,立即报告医生处理。

(5) 膀胱癌电切术后常规冲洗 1~3 天,观察冲洗液的颜色,根据冲洗液的颜色调整冲洗速度。停止膀胱冲洗后指导病人多饮水,起到自家冲洗的作用。术后 6 小时,病人可进食,以营养丰富、粗纤维饮食为主,忌辛辣刺激性食物。

(6) 对需膀胱内灌注化疗药物的病人,应用生理盐水稀释药物,经尿管缓慢注入膀胱内,然后按平卧位、侧卧位、俯卧位、侧卧位的顺序,每 15 分钟变换一次体位,保留两个小时后排,开始每周灌注 1 次,共 6 次,以后每月 1 次,持续两年。

## 八、健康指导

(1) 对患者进行生活指导,缓解心理压力。

(2) 定期进行化疗药物膀胱灌注。

(3) 选择正确的睡觉姿势。以侧卧位,保证造瘘口处朝上为佳。

(4) 术后 3 个月内严禁剧烈活动和重体力劳动,避免发生继发性出血,3 个月后逐渐增加活动量,以自己不觉疲劳为准。

(5) 禁止吃辛辣刺激性食物,控制胆固醇、高油脂类食物,禁止吸烟。可多吃高蛋白、高钙、易消化食物,多吃蔬菜水果,养成多喝水的习惯,每日饮水 3000mL,以起到冲洗作用。

(6) 定期复查。



## 高考链接

(2015 年高考题) 患者男性,65 岁。近年来,出现间歇性无痛性全程血尿,终末加重,伴有血块,查体:体温 36.6℃。脉搏 80 次/分钟,呼吸 20 次/分,血压 130/85mmHg,膀胱镜检查显示膀胱三角有一直径 1.5cm 的肿物,尿脱落细胞学检查发现癌细胞,请回答:

(1) 该患者的临床诊断,以及该疾病除血尿表现外常见的临床表现。

(2) 膀胱的位置和形态。

(3) 该疾病的治疗方法。

答案:(1) 临床诊断:膀胱癌。

临床表现:合并感染时出现膀胱刺激征、排尿困难、肾积水、膀胱癌晚期表现(膀胱区疼痛,浸润性肿块、贫血、浮肿)。

(2) 位置:盆腔内。

形态:膀胱尖、膀胱体、膀胱底、膀胱颈。

(3) 治疗方法:手术治疗、化学治疗、放射治疗、免疫和生物治疗。



## 反馈训练

### 一、单选题

- 泌尿系统最常见的恶性肿瘤是( )。  
A. 肾肿瘤      B. 输尿管肿瘤      C. 膀胱肿瘤      D. 尿道肿瘤
- 膀胱癌的最典型表现为( )。  
A. 肿块      B. 梗阻      C. 疼痛      D. 血尿
- 病人, 男性, 58岁, 3个月前出现无痛血尿, 应用止血药物后有好转, 其他无不适。1周前再次出现血尿, 应考虑为( )。  
A. 尿路结石      B. 膀胱肿瘤      C. 尿路感染      D. 前列腺增生
- 患者, 男性, 40岁, 无明显诱因出现血尿。经膀胱镜检查确诊为膀胱癌, 其血尿的特点最可能为( )。  
A. 镜下血尿      B. 疼痛伴血尿  
C. 先有尿频、尿急、尿痛, 后有血尿      D. 肉眼全程血尿, 终末加重
- 63岁男性患者, 无痛性血尿1年, 伴尿频、尿急, 行CT检查, 膀胱左侧后壁有一菜花状肿块, 中度强化, 你认为最佳答案是( )。  
A. 膀胱出血      B. 膀胱结核      C. 膀胱癌      D. 膀胱结石
- 患者, 男性, 40岁, 经膀胱镜检查确诊为膀胱癌, 可以肯定与其发病无关的是( )。  
A. 高脂、高蛋白饮食      B. 吸烟  
C. 膀胱白斑      D. 长期接触苯类化学物质
- 患者, 男性, 55岁, 确诊为膀胱癌。其最常见和最早出现的症状应是( )。  
A. 血尿      B. 尿流变细      C. 尿潴留      D. 下腹部疼痛

### 二、简答题

- 简述膀胱内灌注化疗药物的方法。
- 简述膀胱肿瘤的临床表现。

### 三、综合分析题

患者, 女性, 76岁, 因血尿入院, 膀胱镜检发现菜花状肿块,  $2\text{cm} \times 1\text{cm}$ , 腹部不能触及包块, 诊断为膀胱癌, 家属要求保守治疗, 2个月后再次入院, 左下腹部触诊可及  $5 \times 5\text{cm}$  两个包块, 复查CT, 肿块占满膀胱, 尿流不畅, 为鲜红色血尿。请回答下列问题:

- 膀胱癌的主要检查方法。
- 膀胱肿瘤电切除术后的护理措施。

## 第八章

# 妇产科护理学产科部分

## 第一节 正常妊娠期孕妇的护理

### 第一小节 妊娠诊断



#### 考纲要求

1. 掌握妊娠概念、早期妊娠诊断、中期妊娠诊断、晚期妊娠诊断临床表现及诊断标准。
2. 掌握胎产式、胎先露、胎方位的概念。



#### 知识梳理

妊娠全过程分为：早期妊娠（妊娠 12 周末以前）；中期妊娠（妊娠 13 周～27 周末）；晚期妊娠（妊娠第 28 周以后）。

### 一、早期妊娠诊断

#### （一）病史与症状

（1）停经：平素月经周期规则的生育年龄已婚妇女，一旦月经过期 10 日或以上，应首先考虑早期妊娠的可能；若停经已达 8 周，妊娠的可能性更大。

（2）早孕反应：约有半数的妇女，在停经 6 周左右出现头晕、畏寒、嗜睡、乏力、食欲减退、恶心、晨起呕吐、喜食酸物或择食等症状，称早孕反应。多于妊娠 12 周左右自行消失。与 HCG（人绒毛膜促性腺激素）增多、胃酸减少及胃排空时间延长有关。

（3）尿频：妊娠早期因增大的子宫压迫膀胱而引起，妊娠 12 周以后，增大的子宫上升入腹腔，尿频症状自然消失。

（4）乳房变化：乳房逐渐增大，乳头及乳晕着色加深，乳晕周围有深褐色蒙氏结节出现

（5）生殖器官变化：妇科检查可见阴道壁以宫颈充血、变软，呈紫蓝色；随妊娠进展，宫体逐渐增大、变软，妊娠 5～6 周呈球形，妊娠 8 周约为非孕时的 2 倍，妊娠 12 周后，宫底超出骨盆盆腔时可在耻骨联合上方触及。妊娠 6～7 周，双合诊检查子宫峡部软，宫颈与宫体似不相连称为黑加征。

#### （二）检查与体征

（1）乳房的变化：自妊娠 8 周起，在雌、孕激素作用下，乳房逐渐增大，乳头及乳晕着色，

有蒙氏结节出现。孕妇自觉乳房轻度胀痛、乳头刺痛。

(2) 妇科检查：阴道粘膜及子宫颈充血，呈紫蓝色。子宫颈变软，子宫峡部极软，感觉子宫体与子宫颈似不相连，称黑加征。子宫体逐渐增大变软，妊娠 5~6 周子宫体呈球形；妊娠 8 周时宫体约为非孕时 2 倍；妊娠 12 周时宫体约为非孕时 3 倍，耻骨联合上方可触及子宫底。

### (三) 辅助检查及实验室检查

(1) 妊娠试验：利用孕卵着床后滋养细胞分泌 HCG，并经孕妇尿中排出的原理，用免疫学方法测定受检者血或尿中 HCG 含量，协助诊断早期妊娠。

(2) 超声检查：最早在 5 周时可见到有节律的原始心管搏动，是诊断早期妊娠快速、准确的方法。

(3) 宫颈粘液检查：宫颈粘液量少、黏稠，拉丝度差，涂片干燥后光镜下仅见排列成行的椭圆体，不见羊齿植物叶状结晶。

(4) 黄体酮试验：利用孕激素在体内突然撤退能引起子宫出血的原理，对怀疑为早孕的妇女，每日肌注黄体酮 20mg，连用 3~5 日。如停药后 7 日仍未出现阴道流血，则早孕可能性大；如停药后 3~7 日内出现阴道流血，则可排除早孕。

(5) 基础体温测定：双相型体温的已婚妇女，停经后高温相持续 18 日不下降者，早孕可能性大。

## 二、中、晚期妊娠诊断

### (一) 病史与症状

### (二) 检查与体征

(1) 子宫增大：了解胎儿宫内发育情况。

(2) 胎动：妊娠 18~20 周，3~5 次/小时。

(3) 胎心音：妊娠 18~20 周，120~160 次/分。

(4) 胎体：妊娠 20 周后，可触及胎体，妊娠 24 周以后可以区分胎头、胎臀、胎背及胎儿四肢，从而判断胎产式、胎先露和胎方位。

(5) 不同妊娠周数的子宫高度及子宫长度如表 8-1 所示。

表 8-1 不同妊娠周数的子宫底高度及子宫长度

妊娠周数 (妊娠月份)	手测宫底高度	尺测耻上宫底高度/cm
12 周 (3 个月末)	耻骨联合上 2~3 横指	
16 周 (4 个月末)	脐耻之间	
20 周 (5 个月末)	脐下 1 横指	18 (15.3~21.4)
24 周 (6 个月末)	脐上 1 横指	24 (22.0~25.1)
28 周 (7 个月末)	脐上 3 横指	26 (22.4~29.0)
32 周 (8 个月末)	脐与剑突之间	29 (25.3~32.0)
36 周 (9 个月末)	剑突下 2 横指	32 (29.8~34.5)
40 周 (10 个月末)	脐剑之间或略高	33 (30.0~35.3)

### (三) 辅助检查及实验室检查

(1) 超声检查。

(2) 胎儿心电图。

(3) B 超检查和超声多普勒检查是诊断中、晚期妊娠最可靠的方法，而自觉胎动是最不可靠的方法。

### 三、核心要点

(1) 胎产式：胎儿身体纵轴与母体纵轴之间的关系。

(2) 胎先露：最先进入骨盆入口的胎儿部分。

(3) 胎方位：胎儿先露部指示点与母体骨盆的关系。

最常见的胎先露是枕先露。枕先露以枕骨、面先露以颞骨、臀先露以骶骨、肩先露以肩胛骨为指示点。在各种胎方位中，只有枕前位（枕左前、枕右前）为正常胎位。

各种胎先露均以一特定部位作为指示点。枕先露以枕骨（O）、面先露以颞骨（M）、臀先露以骶骨（S）、肩先露以肩胛骨（Sc）为指示点。

每个指示点与母体骨盆入口左（L）、右（R）、前（A）、后（P）、横（T）的关系而构成不同胎位，头先露和臀先露有 6 种胎方位，肩先露有 4 种胎方位。



#### 高考链接

【例 1】（2013 年高考题）妊娠 32 周，宫底高度应达到（ ）。

A. 脐上一横指

B. 脐上三横指

C. 脐与剑突之间

D. 剑突下一横指

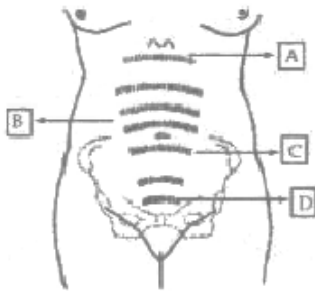
【分析】根据不同孕周宫的高度及子宫长度表格，妊娠 32 周，宫底高度应达到脐与剑突之间。

【答案】C

【例 2】（2011 年高考题）下图为妊娠中晚期不同月份的宫底高度。请回答：

(1) 图中 A、B、C、D 所示的妊娠月份。

(2) 妊娠中晚期的临床表现。



【答案】

(1) A：妊娠 36 周末（或 9 个月）。

B：妊娠 24 周末（或 6 个月）。

C：妊娠 20 周末（或 5 个月）。

D：妊娠 12 周末（或 3 个月）。

(2) 妊娠中晚期的临床表现是：子宫增大；胎动；胎心音；胎体。

【例 3】（2015 年高考题）初孕妇，停经 50 天，护理查体妇科检查最典型的体征是（ ）。

A. 子宫增大

B. 宫颈充血，紫蓝色

C. 黑加征

D. 孕妇腹壁触及胎体



【分析】停经 50 天属于早孕，最典型的体征是黑加征。子宫增大和孕妇腹壁触及胎体是中、晚期妊娠的体征。

【答案】C

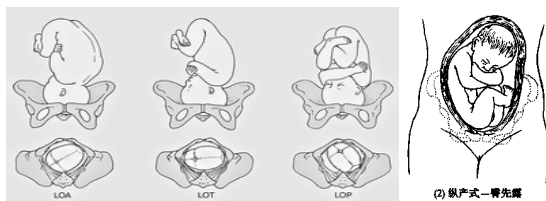


## 反馈训练

### 一、简答题

1. 枕先露时有几种胎方位？哪些为正常胎位？
2. 早期妊娠的症状和体征有哪些？
3. 解释早期妊娠、中期妊娠、晚期妊娠、早孕反应、蒙氏结节、黑加征、胎产式、胎先露、胎方位。

### 二、视图题



A

B

C

D

分别请说出四个图形中的胎产式、胎先露，其中正常胎位是图（ ）其胎方位是（ ），用英文缩写表示为（ ）。

## 第二小节 产前检查的内容



### 考纲要求

1. 掌握产前检查的时间。
2. 理解首次产前检查的内容。



## 知识梳理

### 一、产前检查时间及内容

从确诊早孕开始：首次产前检查的时间在 6~8 周为宜，妊娠 28 周前每 4 周查 1 次；妊娠 28 周后每 2 周查 1 次；妊娠 36 周后每周检查 1 次；凡属高危妊娠者，应酌情增加产前检查次数。

#### （一）病史

- （1）个人资料。
- （2）既往史。
- （3）月经史及婚育史。
- （4）本次妊娠过程。
- （5）家庭史。

(6) 丈夫健康状况。

(7) 推算预产期(EDC)。首先问明末次月经(LMP)的日期。

计算法。

公历：月份+9 或-3，日期+7。

农历：月份+9 或-3，日期+15。

估计法。

早孕反应出现的时间。

最早测得尿妊娠试验阳性时间。

孕妇初感胎动的时间。

手测、尺测子宫底高度，综合判断。

【启发思考】例如：某孕妇末次月经为公历 2015 年 9 月 26 日，则预产期为哪天？如果用估计法，又怎样计算预产期？

## (二) 全身体格检查

(1) 一般情况。

(2) 检查心、肝、脾、肺、肾。

(3) 乳房检查。

(4) 血压：血压 140/90mmHg 或与基础血压相比 30/15mmHg，如超过者属病理状态，应警惕有无妊娠期高血压疾病。

(5) 体重：妊娠晚期，每周体重增加不应 500g，增加过快，应考虑有无水肿或隐性水肿。如果孕妇仅膝以下或踝部水肿，经休息后消退，不属异常。病理性水肿根据水肿范围分为以下几种。

＋：踝部及小腿凹陷性 水肿。

++：水肿延及大腿。

+++：水肿延及外阴及腹部。

++++：全身水肿或伴有腹水者。

## (三) 产科检查

### 1. 腹部检查

(1) 视诊：观察腹部外形、大小、有无妊娠纹、手术瘢痕及水肿。

(2) 触诊(四步触诊法)。

第一步：了解宫底高度及宫底部为胎儿哪一部分。



第一部手法：检查者两手置于宫底部，了解子宫外形并测得宫底高度，估计胎儿大小与妊娠周数是否相符。然后以两手指腹相对轻触，判断宫底部的胎儿部分，若为胎头则圆而硬，若为胎臀则软而宽且形状略不规则。

第二步：了解胎背及胎肢位于母体腹壁哪一侧。



第二步手法：检查者左右手分别置于腹部左右侧，一手固定，另手轻轻深按检查，两手交替，仔细分辨胎背及胎儿四肢的位置、平坦饱满者为胎背，并确定胎背向前、侧方或向后。可变形的凹凸不平部分是胎儿肢体。

第三步：了解胎先露是胎头或胎臀，并判断是否固定。



第三步手法：检查者右手拇指与其余4指分开，置于耻骨联合上方握住胎先露部，进一步查清是胎头或胎臀，左右推动以确定是否衔接。若胎先露部仍浮动，表示尚未入盆。若已衔接，则胎先露部不能被推动。

第四步：进一步核对第三步，并确定先露部入盆的程度。



第四步手法：检查者面向孕妇足端，左右手分别置于胎先露部的两侧，向骨盆入口方向向下深按，再次核对胎先露部的诊断是否正确，并确定胎先露部入盆的程度。

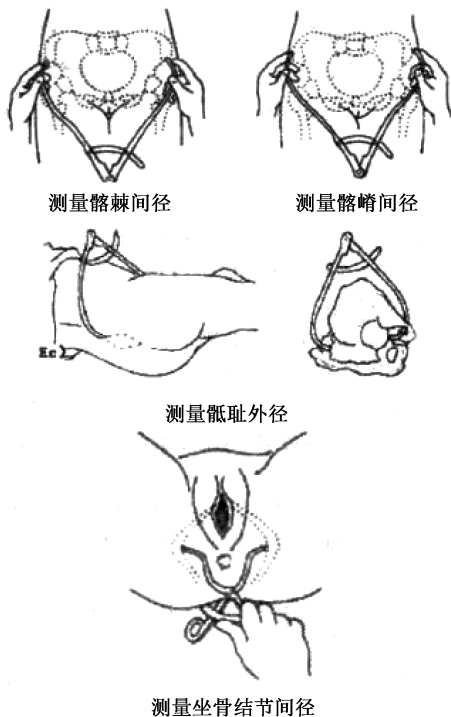
(3) 听诊：胎心音在孕妇腹壁上胎背部位听诊最清晰，音响似钟表“滴答”声。正常胎心音为120~160次/分。头先露时，胎心音在脐下两侧听取；臀先露胎心音在脐上两侧听取；横位于脐周围听取。

(4) 骨盆外测量

髂棘间径：伸腿仰卧位髂前上棘外缘23~26cm。

髂嵴间径：伸腿仰卧位髂嵴外缘25~28cm。

骶耻外径：左侧卧位，右腿伸直，左腿屈曲第5腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点 18~20cm。  
出口横径：仰卧位，两腿弯曲，双手抱双膝两坐骨结节内侧缘间距 8.5~9.5cm。



#### (5) 骨盆内测量。

骶耻内径（又称对角径）：耻骨联合下缘至骶岬上缘中点的距离正常值为 12.5~13cm，此值减去 1.5~2cm 即为真结合径。

坐骨棘间径：测量两坐骨棘间的距离，正常值约为 10cm

#### 2. 阴道检查

确诊早孕时，可行双合诊以了解产道、子宫及附件情况。妊娠最后一个月及临产后，应避免不必要的阴道检查，以免引起感染。

#### 3. 肛查

肛查可了解胎先露部，骶骨前面弯曲度，坐骨棘，坐骨切迹及骶尾关节活动

#### (四) 心理社会评估

- (1) 孕妇对妊娠态度、感受。
- (2) 孕妇有无异常心理反应。
- (3) 孕妇的社会支持系统，家庭功能评价。
- (4) 孕妇寻求健康指导的程度、动力。

## 二、护理措施

### (一) 心理护理

指导孕妇完成母性心理发展任务。

(1) 确保自己及胎儿能安全顺利地度过妊娠期及分娩期, 孕妇应阅读有关书籍、遵守医护人员的建议和指导, 使整个妊娠保持最佳的健康状况。

(2) 促使家庭重要成员(尤其是配偶)接受新生儿。

(3) 学习为孩子贡献自己, 在妊娠过程中, 孕妇必须调整自己, 以适应胎儿的成长, 从而顺利担负起产后照顾孩子的重任。

(4) 与胎儿建立亲密的感情, 常抚摸腹部及讲话, 幻想孩子的模样, 为孕妇日后与新生儿建立良好情感奠定基础。

### (二) 加强孕期保健知识教育

(1) 合理营养。孕妇膳食要多样化, 调配合理全面, 以易消化吸收、清淡为宜, 避免吃辛辣刺激性食物。妊娠前 3 个月口服叶酸 5mg, 每日 1 次, 预防胎儿神经管畸形。

(2) 活动、休息。妊娠 28 周后应适当减轻工作量, 避免重体力劳动和夜班, 每日保证 8~9 小时睡眠及 1~2 小时午休。妊娠中、晚期应多取左侧卧位休息。

(3) 衣着与卫生。衣着要宽松舒适, 寒暖适宜。避免穿高跟鞋, 以免引起身体重心前移, 腰椎过度前凸而导致腰背疼痛。勤洗澡、勤换内衣, 以淋浴为宜, 避免盆浴, 以防污水进入阴道造成感染。

(4) 症状护理。早孕反应: 出现早孕反应时, 应少量多餐, 避免油腻或有特殊气味的食物。严重者及时去医院就诊。水肿及下肢静脉曲张: 嘱孕妇注意休息, 抬高下肢, 避免两腿交叉和过久站立, 以促进静脉回流。如下肢明显水肿或经休息后不见消退者, 应及时检查。便秘: 嘱孕妇养成每日定时排便的习惯, 注意多摄取含水分和纤维素高的食物, 适当运动, 不可随意使用泻药, 以免引起流产或早产。下肢痉挛: 指导孕妇增加钙和维生素 D 的摄入。注意腿部保暖, 避免疲劳。发生下肢肌肉痉挛时, 嘱孕妇做腿部背屈动作, 并予局部热敷、按摩, 直至痉挛消失。

腰背痛: 指导孕妇保持正确的坐、站、走路的姿势, 穿平底鞋, 尽量避免弯腰工作, 定期做产前运动。仰卧位低血压综合征: 指导孕妇以左侧卧位休息, 避免长时间仰卧位睡眠。一旦发生不必紧张, 立即改成左侧卧位, 症状可自然消失。生理性贫血: 应适当增加含铁丰富的食物, 如动物肝脏、瘦肉、蛋黄、豆类等。如需要补充铁剂时, 最好用水果汁送服, 因铁在酸性环境中易于吸收。

### (三) 健康指导

(1) 建立围生保健卡: 育龄妇女停经 40 日, 应到医院进行检查; 确诊后及时到社区地段医院建立围生保健卡。

(2) 避免感染, 合理用药: 孕妇应避免感染、放射线照射及接触有害毒物, 禁忌烟酒及被动吸烟、吸毒。孕期用药要慎重, 尤其是妊娠前 8 周是胚胎组织器官分化、发育的关键时期, 更应注意。必须用药时, 应在医生指导下选择对胚胎、胎儿无害的药物。家中不宜养猫、狗等宠物, 防止弓形虫和病毒感染。

(3) 乳房护理: 妊娠 24 周后用温水清洗乳头, 除去污垢涂以油脂, 以防乳头皲裂。乳头内陷者应尽早经常提起乳头向外牵拉, 避免发生吸吮困难。孕 28 周后进行乳房按摩。

(4) 性生活指导: 妊娠 12 周内和 28 周以后应避免性生活, 以免诱发子宫收缩而造成流产、早产、胎盘早剥、胎膜早破及感染。

(5) 自我监护: 指导孕妇自妊娠 28 周开始, 每日早、中、晚各数 1 小时胎动数, 3 小时胎动数相加乘以 4, 即为 12 小时的胎动数。如 12 小时的胎动数在 30 次或以上, 反映胎儿的情况良好。如 12 小时内胎动次数累计 < 10 次, 或逐日下降 > 50% 而不能恢复者, 应考虑胎儿有宫内缺氧, 需

(7) 识别异常症状：孕妇出现下列症状，如阴道出血，妊娠 3 个月后仍持续呕吐，寒战发热，头痛、眼花、胸闷，心悸、气短，液体突然自阴道流出，胎动突然减少等应立即就诊。

【启发思考】请问：当骨盆外测量分别为多少时，可以顺利阴道分娩？

举例：初孕妇，23岁，产前检查宫底在剑下2横指，单胎，胎心为138次/分，末次月经不请，估计妊娠多少周？胎心正常吗？

## 高考链接

### A. 胎心听诊

### B. 自我胎动计数

### C. B 超检查

### D. 测宫围、腹围

【答案】B

A. 子宫体

B. 子宫底

C. 子宫颈

D. 子宫峡部

【答案】D

## 反馈训练

1. 关于早孕诊断, 下述最为准确的是 ( )。

A. 停经

B.晨起恶心、呕吐

C. 子宫增大

D. B 超

2. 早孕期间, 出现最早最重要的症状是 ( )。

A. 早孕反应

### B. 乳房胀痛

### C. 停经

D, 尿频

3. 妊娠试验是测定受检者尿中的( )。

A. 雌激素

### B. 孕激素

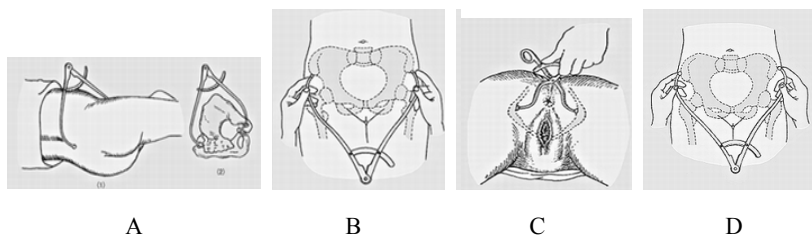
C , CHG

D. 胎盘生乳素

4. 早期妊娠辅助诊断最可靠的是 ( )。
- A. B 超可见胎心音搏动      B. 妊娠试验阳性  
C. 基础体温升高超过 3 周不下降      D. 黄体酮试验阳性
5. 胎心率的正常值是 ( )。
- A. 80 ~ 100 次/分      B. 100 ~ 120 次/分  
C. 120 ~ 160 次/分      D. 160 ~ 180 次/分
6. 妊娠 8 周, 不符合的是 ( )。
- A. 停经伴恶心、呕吐  
B. 乳头、乳晕着色、乳房增大  
C. 子宫增大于耻骨联合上方可扪及  
D. 阴道充血变软, 呈紫蓝色
7. 下述先露最多见的是 ( )。
- A. 枕先露      B. 肩先露      C. 臀先露      D. 面先露
8. 下列不能作为中期妊娠确诊的依据的是 ( )。
- A. 听诊胎心音清晰      B. 超声可见胎心、胎动  
C. 自觉胎动      D. 扪及有胎头浮球感
9. 正常胎方位是 ( )。
- A. 枕左前      B. 枕左后      C. 骶左前      D. 肩左前
10. 不属于纵产式的是 ( )。
- A. 枕先露      B. 面先露      C. 臀先露      D. 肩先露
11. 枕先露, 胎头矢状缝与左斜径一致, 大囟门在骨盆入口的右前方, 胎方位为 ( )。
- A. 枕左前      B. 枕右前      C. 枕左后      D. 枕右后
12. 下述方法不能用于诊断早孕的是 ( )。
- A. 妊娠试验      B. B 超检查      C. 黄体酮试验      D. X 线检查
13. 刘女士, 末次月经日期记不清, 来医院检查时子宫底在脐上一横指, 胎心音正常, 估计妊娠为 ( )。
- A. 16 周末      B. 20 周末      C. 24 周末      D. 28 周末
14. 枕右前位时胎儿的枕骨在母体骨盆的 ( )。
- A. 左前方      B. 右后方      C. 右前方      D. 左后方
15. 28 岁已婚妇女, 停经 50 天, 尿妊娠试验阳性, 不可能有的症状是 ( )。
- A. 恶心、呕吐      B. 头晕、乏力      C. 尿频      D. 胎动
16. 枕先露的指示点是 ( )。
- A. 骶骨      B. 额骨      C. 颞骨      D. 枕骨
17. 枕左前位的英文缩写是 ( )。
- A. ROA      B. LOA      C. LOT      D. LOP
18. 孕妇在中、晚期妊娠的表现, 正常的是 ( )。
- A. 子宫增大有压痛      B. 妊娠 16 ~ 20 周起孕妇自觉胎动  
C. 妊娠 8 周起腹部听到胎心音      D. 妊娠 20 周偶有阴道流液

## 二、视图题

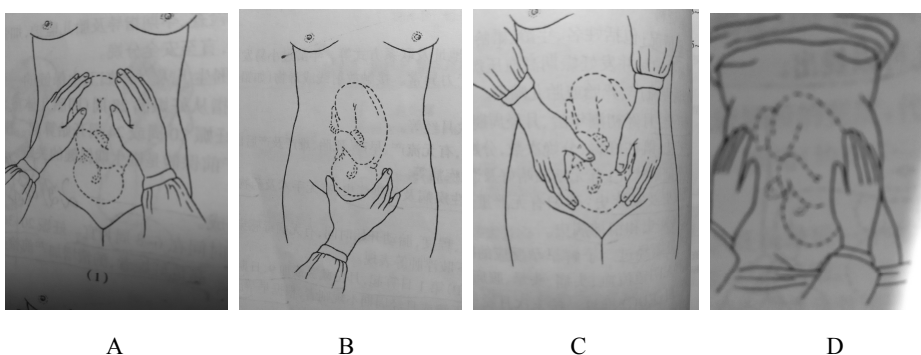
### 1. 视图 1



视图 1

请说出 4 个图中分别为哪些骨盆径线的测量，正常值分别为多少？

### 2. 视图 2



视图 2

关于产科检查、腹部检查的四步触诊法，图 A、B、C、D 分别为四步触诊法的第几步？四步检查的目的分别是什么？

### 三、综合分析题

1. 初孕妇，27 岁。宫内孕 6 周，全身检查无异常。

(1) 请告知其常规首次来医院进行规律的产前检查的时间。

(2) 首次产前检查的内容包括什么？

2. 初孕妇，28 岁。腹部四步触诊示：子宫底高度位于剑突下 2 横指，胎背朝向母体腹部左前方，宫底扪及浮球感胎头，耻骨联合上方触及不规则的胎儿臀部，未入盆。

(1) 该孕妇的妊娠时间是多少周？

(2) 请判断该孕妇的胎方位，选择最佳的听胎心位置。

(3) 此时期指导孕妇自我监护的内容有哪些？

3. 已婚女性，29 岁。既往月经规律，末次月经 2015 年 4 月 6 日，现停经 45 天，出现恶心、呕吐等反应。诊断为早期妊娠，医生建议其口服叶酸。

(1) 该女士的预产期是什么时候？

(2) 医生建议其口服叶酸的目的是什么？

(3) 请对该女士进行孕早期健康指导。



4. (2015 年高考题) 简述子宫的位置、形态和分部。

## 第二节 正常分娩期产妇的护理

### 第一小节 影响分娩的因素

#### 一、定义

- (1) 分娩：是指妊娠满 28 周以后，胎儿及其附属物由母体排出的过程。
- (2) 早产：是指妊娠满 28 周 ~ 不满 37 周间的分娩。
- (3) 足月产：是指妊娠满 37 周 ~ 不满 42 周间的分娩。
- (4) 过期产：是指妊娠满 42 周以后的分娩。

#### 二、影响分娩的四因素

产力：子宫肌、腹肌、膈肌、肛提肌的收缩力。

产道：骨产道、软产道。

胎儿：大小、胎位、畸形。

产妇的精神心理因素：紧张、焦虑会引起机体发生异常变化。

##### (一) 产力

产力是指将胎儿及其附属物从子宫内逼出的力量。

主力——子宫收缩力（贯穿整个产程）。

辅力——腹肌、膈肌、肛提肌的收缩力（仅出现在第二、三产程中）。

迫使宫颈管变短、消失、宫口扩张；先露部不断下降；胎儿及胎盘娩出。

##### (1) 子宫收缩力

特点：节律性、对称性和极性、缩复作用。

节律性：子宫肌具有节律性、阵发性、不随意收缩的特点。

对称性和极性：正常收缩从两侧子宫角部同时发起，先向宫底部集中，再向子宫下部扩散称为对称性；极性是指宫缩由子宫上部向下传递，以子宫底部最强，子宫下段最弱。

缩复作用：宫缩时子宫肌纤维缩短变宽，间歇时肌纤维松弛，但不能完全恢复原来的长度，反复收缩，肌纤维越来越短称为缩复作用。

(2) 腹肌、膈肌收缩力：促使胎儿娩出；促使胎盘娩出。

(3) 肛提肌收缩力：协助胎头内旋转、仰伸、娩出；利于胎盘娩出。

##### (二) 产道

产道是指胎儿娩出的通道。

骨产道：见女性生殖系统解剖。

软产道：由子宫下段、子宫颈、阴道、盆底软组织构成的一弯曲通道。

软产道的变化：子宫下段的形成；子宫颈的变化；阴道、盆底与会阴的变化。

##### (三) 胎儿

(1) 胎儿大小：胎头颅骨；胎头径线。

(2) 胎位。

(3) 胎儿畸形。

(四) 产妇的精神心理因素：紧张、焦虑

(1) 能影响产妇机体内部的平衡、适应力，致使子宫缺氧造成宫缩乏力、宫口扩张缓慢，产程延长，导致产妇疲劳衰竭。

(2) 也促使产妇神经内分泌发生变化，交感神经兴奋，释放儿茶酚胺增多，引起血压升高，导致胎儿缺血缺氧发生宫内窘迫等异常变化而影响分娩。

## 第二小节 临产的诊断及产程分期



### 考纲要求

掌握临产的诊断。



### 知识梳理

#### 一、分娩先兆

(1) 假阵缩：即不规则的宫缩。

(2) 宫底下降：因胎先露入盆即衔接所致。

(3) 见红：分娩前 24~48 小时，阴道排出血性分泌物。

#### 二、临产的诊断

(1) 规律性宫缩的出现。持续时间/间歇时间 30 秒以上/5~6 分左右。

(2) 宫颈管的消失。

(3) 宫口的扩张与胎先露的下降。

#### 三、总产程

总产程是指从规律性宫缩出现开始至胎儿及其附属物全部娩出为止。

(1) 第一产程（宫口扩张期）：从规律性宫缩出现开始至宫口开全（10cm），初产妇需 11~12 小时；经产妇需 6~8 小时。

(2) 第二产程（胎儿娩出期）：从宫颈口开全至胎儿娩出，初产妇需 1~2 小时；经产妇约需几分钟或 1 小时。

(3) 第三产程（胎盘娩出期）：从胎儿娩出至胎盘娩出。初产妇和经产妇都需 5~15 分钟，不超过 30 分钟。

## 第三小节 分娩期产妇的护理



### 考纲要求

了解正常分娩的临床经过及处理。



## 知识梳理

### 一、第一产程的临床经过及护理

#### (一) 临床经过

(1) 规律宫缩。临床记录以分子式表示。持续时间(短 长)/间歇时间(长 短)

(2) 宫颈口的扩张与胎先露的下降。

潜伏期：从规律宫缩至宫口扩张 3cm，历时 8 小时。特点：宫缩不强，胎先露下降不明显

活跃期：宫口扩张 3~10cm，历时 4 小时。特点：宫缩加强，胎先露下降明显，以坐骨棘为判断胎先露下降的标志。

(3) 自然破膜：多发生在宫口近开全时。

(4) 疼痛：宫缩会给每个产妇带来不同程度的疼痛。

#### (二) 临床护理

##### 1. 健康评估

(1) 健康史：根据产前检查记录了解产妇一般情况，重点了解本次妊娠情况，有无阴道流血或流水等；了解骨盆大小、胎先露、胎方位及胎心等。

(2) 身体状况：了解宫缩强度、宫口扩张、胎先露下降、破膜与否及胎心。正确评估产妇对疼痛的耐受性。

(3) 生命体征：观察心肺有无异常，评估皮肤有无水肿。

(4) 心理状况：注意评估产妇面临问题时的态度及应对方式，产妇紧张和焦虑的程度。

##### 2. 护理措施

##### (1) 减轻疼痛，促进舒适。

协助产妇办理入院手续，提供良好的环境，提供陪伴分娩。

护理人员及家属或导乐陪伴者要守候在产妇身边，指导产妇在宫缩时深呼吸，并将双手置于腹部由上向下推按，可缓解疼痛。若产妇腰骶部疼痛时，可用拳头按压腰骶部以减轻疼痛。在宫缩间歇期指导产妇放松休息，聆听音乐或谈话，以转移注意力，减轻其疼痛感。

##### (2) 分娩知识宣教与生活护理。

清洁：协助产妇沐浴、更衣，给予外阴清洁。

饮食：鼓励产妇少量多餐，补充足够水分。

活动与休息：胎膜未破、宫缩不强，鼓励在室内适当活动，以促进宫缩，利于宫口扩张和胎先露下降；提供良好的环境，劝导产妇休息保存体力，取左侧卧位。

排尿与排便：鼓励产妇 2~4 小时排尿 1 次，并及时排出粪便，以免影响宫缩及胎头下降。

##### (3) 观察产程进展，预防并发症。

观察宫缩：用触诊法或胎儿监护仪检测。用手掌置于产妇腹壁，感觉宫缩时宫体隆起变硬，间歇时宫体松弛变软的情况，定时连续观察并记录宫缩持续时间、强度、间歇时间。用胎儿监护仪描记宫缩曲线，可以看出每次宫缩持续时间、强度和频率，是较全面反映宫缩的客观指标。

勤听胎心：用胎心听诊器、多普勒或胎儿监护仪检测。于宫缩间歇期在产妇腹壁听取胎心音。活跃期每隔 15~30 分钟听胎心一次，每次听胎心 1 分钟并记录。若宫缩后胎心率不能恢复或胎心率 > 160 次/分或 < 110 次/分，均提示胎儿窘迫，应给予及时处理。

观察宫口扩张与胎先露下降。

破膜护理：一旦破膜，立即听胎心，观察羊水的性状、颜色和量，记录破膜时间。

观察生命体征：每隔 4~6 小时测量 1 次并记录，若有异常应报告医生给予处理。

## 二、第二产程的临床经过及护理

### （一）临床经过

#### 1. 宫缩增强

宫口开全（10cm）后，宫缩进一步增强，持续时间约 1 分钟或以上，间歇时间 1~2 分钟。

#### 2. 胎儿下降与娩出

（1）拨露：胎头于宫缩时显露于阴道口，宫缩间歇时又缩回于阴道内。

（2）着冠：经过几次拨露，胎头外露部分不断增大，直至胎头双顶径越过骨盆出口横径，在宫缩间歇时也不再缩回。

#### 3. 疼痛与排便感

会阴痛，并向大腿内侧放射。

### （二）临床护理

#### 1. 护理评估

（1）健康史：评估产妇的生命体征、产程进展、胎儿宫内情况。

（2）身体状况：了解宫口开全时间，宫缩、胎心、羊水等情况，有无排便感，观察胎头拨露，评估会阴条件，判断是否需行会阴切开术。

（3）心理状况：评估产妇及家属有无紧张和焦虑的情绪。

#### 2. 护理措施

心理护理与导乐陪伴、观察产程与指导屏气、接生准备与分娩护理

（1）心理护理与导乐陪伴：密切监测胎心，每 5~10 分钟听胎心 1 次；观察拨露进展情况；指导产妇屏气用力。

（2）接生准备与分娩护理：产妇准备：会阴冲洗。接生人员准备：按外科刷手法。接生步骤与保护会阴。

## 三、第三产程的临床经过及护理

### （一）临床经过

#### 1. 宫缩再现

胎儿娩出后，产妇稍感轻松，宫缩暂停几分钟后再现。

#### 2. 胎盘剥离与娩出

（1）胎盘剥离征象：宫体变硬由球形变为狭长形，宫底升高达脐上；阴道少量出血；阴道口外露的脐带自行下降延长；接生者用左手掌尺侧缘轻压产妇耻骨联合上方，将宫体向上推，而外露的脐带不再回缩。

（2）娩出方式：胎儿面娩出式；母体面娩出式。

### （二）护理

#### 1. 护理评估

（1）健康史：了解第一、第二产程的临床经过及护理。

(2) 身体状况：评估母体宫缩、胎盘剥离、阴道流血、会阴伤口等情况。评估新生儿 Apgar 得分(表 8-2)、身长、体重等。

(3) 心理状况：评估产妇对新生儿是否接受、有无进入母亲角色。

表 8-2 新生儿评估 Apgar 评分

体征	0	1	2
心率/(次/分)	0	<100	>100
呼吸	0	慢、不规则	佳
喉反射	无反应	有些动作	哭、恶心
肌张力	松弛	四肢略屈曲	四肢活动好
皮肤颜色	苍白	青紫	红润

## 2. 护理措施

### (1) 正确处理第三产程，预防并发症。

正确处理新生儿，预防新生儿窒息。

清理呼吸道：是处理新生儿的首要任务，用吸痰管或洗耳球轻轻吸出新生儿口、鼻腔粘液及羊水，保持呼吸道通畅。

新生儿 Apgar 评分：满分为 10 分，8~10 分为正常；4~7 分为轻度窒息，经清理呼吸道即可恢复；0~3 分为重度窒息，需紧急抢救，抢救过程中新生儿出生 5 分钟时再次评分，可了解新生儿的预后。

处理脐带：结扎脐带的方法有气门芯、棉线结扎法、脐带夹、血管钳等。

一般护理：擦干新生儿身上的羊水和血迹，检查新生儿体表有无畸形，在新生儿左手腕系上标有母亲姓名、新生儿性别、体重、出生时间的腕带。在新生儿记录单上摁上新生儿足印和母亲拇指印，并给新生儿穿好衣服包裹于襁褓之中，其外系上标有母亲姓名、床号、住院号、新生儿性别、体重、出生时间的小标牌。然后用抗生素眼药水滴眼以防结膜炎，并注意新生儿保暖。

正确助娩胎盘，预防产后出血。

**助娩胎盘**：接生者熟练掌握胎盘剥离征象，切忌在胎盘完全剥离前牵拉脐带或按揉子宫；当确认胎盘已完全剥离时，立即协助胎盘娩出。

**检查胎盘胎膜**：先将胎盘铺平，检查胎膜是否完整；然后将胎膜撕开检查胎盘母体面有无小叶缺损，并测量其大小与厚度；再次检查胎儿面边缘有无断裂血管，以便及时发现副胎盘；最后再将脐带提起，测量其长度。

**检查软产道**：胎盘娩出后，应仔细检查会阴、小阴唇内侧、尿道口周围、阴道及宫颈有无裂伤，若有裂伤应立即缝合。

**预防产后出血**：当胎儿双肩娩出后立即给产妇肌内注射缩宫素 10U，可加强宫缩促进胎盘剥离，减少子宫出血。**产后 2 小时产妇留在产房内观察，注意血压、子宫收缩情况、宫底高度、阴道流血量及膀胱充盈程度，发现异常及时处理。**

### (2) 提供舒适，情感支持。

移去产妇臀下污染敷料，重新消毒外阴并换上消毒会阴垫。为产妇擦汗更衣，注意保暖。并及时喂给产妇温热红糖水或清淡、易消化流质饮食。帮助产妇进入母亲角色。如新生儿无异常，产后 30 分钟可将新生儿抱给母亲进行第 1 次哺乳，吸吮乳头，建立母子情感。

### (3) 健康指导。

指导留在产房内观察 2 小时的产妇尽量闭目养神,不可太兴奋,也不可太抑郁,并做好为新生儿第 1 次哺乳的心理准备。

【启发思考】初产妇,24 岁,孕 39 周,正常分娩一男婴,新生儿娩出一分钟,四肢青紫,心率 110 次/分,呼吸表浅,呼吸表浅,不规则,四肢稍弯曲,喉反射有。问:该新生儿 Apgar 评分为多少?判断是正常还是窒息?窒息的程度如何?



## 高考链接

【例 1】(2012 年高考题)临产的主要标志为( )。

- A. 宫底下降
- B. 阴道有血性分泌物
- C. 规律宫缩、宫口开大、先露
- D. 胎膜自然破裂

【分析】规律宫缩是临产的标志。规律宫缩逐渐加强,并伴随宫颈管消失、宫口扩张和胎先露下降。宫底下降、阴道有血性分泌物是分娩先兆的临床表现。

【答案】C

【例 2】(2012 年高考题)分娩即将开始比较可靠的征象是( )。

- A. 不规律宫缩
- B. 宫底下降
- C. 尿频
- D. 阴道出现血性分泌物

【分析】分娩先兆有不规律宫缩、宫底下降、阴道出现血性分泌物,其中最可靠的分娩先兆是阴道出现血性分泌物,或称为见红。

【答案】D

【例 3】(2013 年高考题)新生儿娩出后首先应( )。

- A. 结扎脐带
- B. 新生儿 Apgar 评分
- C. 清理呼吸道
- D. 注射疫苗

【分析】清理呼吸道是新生儿出生后先处理的内容,其他是在新生儿呼吸之后再进行处理。

【例 4】(2015 年高考题)临产开始的标志是( )。

- A. 宫底下降
- B. 规律宫缩
- C. 阴道排出血性分泌物
- D. 尿频

【分析】临产的标志:有规律的宫缩,伴宫颈口扩张和胎先露下降。

【答案】B



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 下列不是新生儿评分的指标的是( )。

- A. 心率
- B. 呼吸
- C. 肌紧张
- D. 体温

2. 枕先露时,胎头以( )通过骨盆。

- A. 枕额径
- B. 枕颈径
- C. 矢状缝
- D. 枕下前囟径

3. 新生儿护理首选的措施是( )。

- A. 保暖
- B. 清理呼吸道
- C. 结扎脐带
- D. 记录出生时间

4. 临产的主要标志是 ( )。
- A. 不规则宫缩  
B. 规律性宫缩, 阴道流血  
C. 规律性宫缩, 宫颈口不扩张  
D. 规律性宫缩并逐渐加强, 伴宫颈口扩张和胎先露下降
5. 下述情况可以灌肠的是 ( )。
- A. 经产妇宫口开至 1cm  
B. 子宫收缩过强  
C. 胎儿宫内窘迫  
D. 重度妊高征
6. 第三产程处理错误的是 ( )。
- A. 胎儿娩出后应立即挤压子宫, 促使胎盘娩出  
B. 胎盘娩出后详细检查胎盘胎膜  
C. 检查阴道, 会阴有无裂伤  
D. 产妇在产房观察 2 小时
7. 第三产程对胎盘、胎膜的检查, 下列错误的是 ( )。
- A. 平铺胎盘, 看胎盘是否完整  
B. 提起胎盘, 看胎膜是否完整  
C. 胎儿面边缘有不断裂的血管  
D. 疑有少许小块胎膜残留, 应手入宫腔取出
8. 进入第二产程的主要标志是 ( )。
- A. 产妇屏气向下用力  
B. 胎足露出阴道口  
C. 产妇排便感强烈  
D. 子宫口开全
9. 观察先露下降程度的标志是 ( )。
- A. 骶岬  
B. 骶骨  
C. 坐骨结节  
D. 坐骨棘
10. ( ) 开始保护会阴。
- A. 宫口开全时  
B. 胎头拨露使会阴后联合紧张时  
C. 胎头着冠时  
D. 胎头仰伸时
11. 下列不是胎盘剥离的征象的是 ( )。
- A. 宫底上升  
B. 阴道少量流血  
C. 阴道口外露的脐带自行缩回  
D. 阴道口外露脐带自行延伸
12. 出生 1 分钟的新生儿, 心率 94 次/分, 无呼吸, 四肢稍屈, 无喉反射, 口唇青紫全身苍白。Apgar 评分评为 ( )。
- A. 4 分  
B. 3 分  
C. 2 分  
D. 1 分
13. 有关分娩临床过程, 错误的是 ( )。
- A. 规律性宫缩由弱到强  
B. 宫颈口扩张分潜伏期与活跃期  
C. 潜伏期约需 18 小时  
D. 活跃期约需 4 小时
14. 分娩期产妇灌肠, 应使用 ( )。
- A. 温肥皂水  
B. 生理盐水  
C. 白开水  
D. 1, 2, 3 溶液
15. 肛门检查不能了解 ( )。
- A. 胎儿成熟度  
B. 宫口扩张情况  
C. 先露高低  
D. 骨盆腔情况
16. 于第一产程期间, 下列适宜灌肠的是 ( )。
- A. 经产妇宫口扩张 4cm  
B. 胎膜破裂

- C. 有剖宫产史 D. 初产妇宫口扩张 2cm
17. 下列不是决定分娩难易的重要因素的是 ( )。
- A. 胎儿大小 B. 胎方位  
C. 胎心率 D. 骨盆大小
18. 关于分娩先兆, 下述错误的是 ( )。
- A. 见红多在分娩开始前 24 ~ 48 小时  
B. 见红是分娩开始较可靠的征象  
C. 初产妇见红血量比经产妇多  
D. 哌替啶能抑制假阵缩
19. 王女士, 第二胎, 孕 40 周, 5 年前第一胎因前置胎盘行剖宫产术, 检查宫口开大 2cm, 胎位为枕左前, 胎心音 132 次/分钟。下列护理措施中错误的是 ( )。
- A. 备皮 B. 鼓励少量多次进食  
C. 灌肠 D. 严密观察产程
20. 王女士, 妊娠 39 周住院待产, 检查: 规律宫缩, 枕左前位, 胎心 146 次/分钟, 宫口开大 3cm, 护理措施中错误的是 ( )。
- A. 指导合理进食 B. 休息时取左侧卧位  
C. 宫缩时嘱正确用腹压 D. 每隔 1 ~ 2 小时听一次胎心
21. 产妇孙女士自然分娩, 产后 2 小时观察内容不包括 ( )。
- A. 血压及脉搏 B. 子宫收缩情况  
C. 阴道流血量 D. 乳汁分泌情况
22. 分娩时最主要的产力是 ( )。
- A. 子宫收缩力 B. 肛提肌收缩力  
C. 腹肌收缩力 D. 膈肌收缩力
23. 新生儿 Apgar 评分为 4 分, 首选措施是 ( )。
- A. 口对口人工呼吸法 B. 清理呼吸道  
C. 肌注呼吸兴奋剂 D. 心肺复苏
24. 子宫颈口开全是指 ( )。
- A. 宫口开大 4cm B. 宫口开大 5cm C. 宫口开大 8cm D. 10cm

## 二、简答题

1. 如何处理第三产程, 以预防产后出血?
2. 简述产程分期。
3. 简述胎盘剥离的征象。
4. 简述产后 2 小时观察的内容。

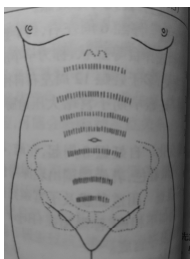
## 三、视图题

1. 视图 1: 是 5 个不同胎方位的腹部听胎心音的位置, 请按图中的骶右前、骶左前、枕右前、枕左前、横位 5 个点的听诊位置, 说出相应的胎方位和相应听胎心音的位置。
2. 视图 2: 是宫底高度与妊娠周数的关系, 请从下向上写出相应宫底高度与妊娠周数的关系。
3. 视图 3: 根据图示, 子宫收缩力具有哪些特点? 请分别加以解释。

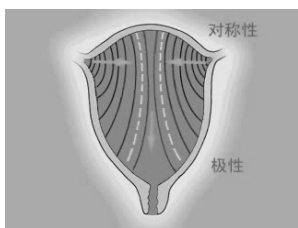




视图 1



视图 2



视图 3

#### 四、综合分析题

1. 王女士, 27岁, 初孕 39 周, 腹部阵痛并逐渐增强 5 小时入院待产。产前检查各项记录均无异常, 听诊心肺无异常, 精神较紧张。产科检查: 枕左前位, 宫缩持续 50 秒、间歇 3~4 分钟, 宫缩强度中等, 胎心 140 次/分钟, 宫口开大 3cm, 触及前羊水囊, 先露为头, S-1。

问题: (1) 说出主要的处理方法。

(2) 应采取哪些护理措施?

2. 初孕妇, 25 岁。妊娠 39 周, 近 2 天感觉腹部一阵阵发紧, 晚上明显, 每次持续 3~5 秒。今晨发现阴道有少量血性分泌物, 急诊入院。

(1) 该孕妇的症状说明了什么?

(2) 该孕妇是否已经临产? 如何判断?

3. 初产妇, 26 岁。妊娠 40 周发动分娩, 枕左前位, 胎头已入盆, 临产 8 小时, 宫口开大 4cm, 胎膜破裂。

(1) 胎膜破裂时最重要的护理措施有哪些?

(2) 产程中应如何检测宫缩和胎心率?

4. 初产妇, 28 岁。妊娠 40 周, 顺产一健康女婴, 上午 10 点胎盘完整娩出, 软产道无损伤。

(1) 此后对该产妇应重点评估的内容有哪些? 其目的是什么?

(2) 若该产妇未出现异常情况, 什么时候可以将该产妇送回休养室?

### 第三节 正常产褥期产妇的护理



#### 考纲要求

掌握正常产褥的护理评估及护理诊断、处理要点。



#### 知识梳理

#### 一、护理评估

##### (一) 健康史

了解产妇此次妊娠及分娩情况、有无妊娠期并发症及合并症、分娩的方式、是否难产、有无产后出血、既往健康状况等。

## （二）身体状况

（1）生命体征：产后 24 小时内体温略升高，一般不超过 38℃；脉搏略慢，60~70 次/分；呼吸深慢，14~16 次/分；血压平稳。

（2）**子宫复旧**：胎盘娩出后，子宫圆而硬，宫底脐下 1 横指。

产后第 1 日宫底稍上升平脐，以后每日下降 1~2cm，**产后 10 日子宫降入骨盆腔**，子宫颈有圆形变横裂。

（3）**宫缩痛**：产后 1~2 日出现，2~3 日自然消失。

（4）褥汗：产褥早期，排出大量褥汗，于产后 1 周内自行好转。

（5）**恶露**：正常有血腥味，持续 4~6 周，总量 250~500mL。**血性恶露**色鲜红，量多，持续 3~4 日。**浆液性恶露**色淡红，含少量血液、较多坏死蜕膜组织、宫颈粘液及细菌等，持续约 10 日。**白色恶露**粘稠白色，含大量白细胞、坏死蜕膜组织、表皮细胞及细菌等，持续约 2~3 周。

（6）乳房：分娩后最初 2~3 日乳房极度膨胀、变硬、局部温度增高，并有少量混浊淡黄色初乳分泌。开始哺乳时可出现乳房胀痛、乳头皲裂、乳汁分泌不足等症。

（7）其他：还可能出现尿潴留、便秘、会阴肿痛等异常。

## 二、护理诊断

（1）潜在并发症：产后失血、产褥感染。

（2）知识缺乏：缺乏产褥期保健知识。

（3）母乳喂养无效：与母乳喂养技能不熟练有关。

## 三、护理措施

### （一）预防并发症

#### 1. 预防产后出血

产后 2 小时应留产房严密观察血压、脉搏、阴道流血量、子宫收缩情况、宫底高度及膀胱充盈度等。每次观察均应按压宫底排出积血。若发现宫缩异常应及时排空膀胱、按摩子宫，按医嘱给予宫缩剂。协助产妇 30 分钟内首次哺乳，以促进宫缩。2 小时后一切正常，将产妇连同新生儿送回母婴同室修养，仍需勤巡视。

#### 2. 预防产褥感染

（1）观察生命体征：测体温、脉搏、呼吸，每日 2 次。若体温超过 37.5℃，应每隔 4 小时测 1 次，直至正常；若脉搏加快，应注意有无出血感染；正常产妇每日测血压 1 次。

（2）观察子宫复旧及恶露：每日应在同一时间手测宫底高度，以了解子宫复旧过程。测量前应嘱产妇排尿。每日观察恶露量、颜色及气味。若子宫复旧不全，恶露增多，色红，持续时间延长，或恶露有臭味且子宫有压痛，应遵医嘱给予宫缩剂或抗生素控制感染。

（3）会阴护理：保持局部清洁干燥，每日 2 次温开水或低浓度消毒溶液擦洗会阴，并嘱产妇向会阴伤口对侧卧位；会阴部有水肿者可用 50%硫酸镁液湿热敷，产后 24 小时可用红外线照射外阴；会阴伤口于产后 3~5 日拆线，若伤口感染，应提前拆线引流，并定时换药。

### （二）加强知识教育

多陪伴产妇，通过与产妇和家属的亲密交谈，了解他们对产褥期保健知识的需求程度，及时提供相关知识和信息，给予促进产妇康复、新生儿母乳喂养及护理等知识教育和必要的帮助，促使家属多给予产妇及新生儿关爱和照顾，以利于产妇早日康复。

### (三) 母乳喂养指导

向产妇积极宣传母乳喂养的优点,使母婴早接触、早哺乳、早开奶,指导产妇掌握正确的喂养方法,尽量保证纯母乳喂养。对乳房胀痛、乳头皲裂、乳汁不足等异常及时护理。

### (四) 健康指导

(1) 饮食。产后 1 小时让产妇进流食或清淡半流食,以后可进富含营养如蛋白质、维生素及铁剂等多汤汁饮食,保证充足营养。

(2) 大小便及清洁卫生。产后 4 小时鼓励产妇排尿。若有排尿困难,应先解除顾虑,用热敷、暗示、针灸等方法诱导排尿,必要时导尿。鼓励产妇早日下床活动,以促进肠蠕动。若发生便秘,可口服缓泻剂、开塞露塞肛或肥皂水灌肠。出汗多时用温水擦浴,勤换内衣、被褥,坚持每天洗漱,饭前便后、哺乳前洗手。

(3) 休息与活动。产后 24 小时内要保证充分休息,睡眠以侧卧、高枕为宜。经阴道分娩者 6~24 小时内即可起床轻微活动,于产后第 2 日可在室内随意走动。行会阴切开或行剖宫产者可适当推迟活动时间。合理安排家务及婴儿护理,保持良好的心境,产褥期应避免腹压高、过久下蹲及重体力劳动,预防子宫脱垂。

(4) 产后锻炼。产后第 2 日开始做抬腿、仰卧起坐、缩肛动作等产后健身操,以增强腹肌、盆底肌及筋膜的张力。出院后继续做好保健操,直至产后 6 周。

(5) 计划生育指导。产褥期内应禁止性生活,防止产褥感染。未哺乳者可口服避孕药,哺乳期以工具避孕为宜。要求绝育而无禁忌症者可于产后 24 小时内行输卵管结扎术。

### (6) 产后检查。

产后访视:分别为产妇出院后 3 日内、产后 14 日、28 日。了解产妇饮食、大小便、恶露及哺乳及新生儿健康状况,检查乳房、会阴伤口、剖宫产腹部伤口等。

产后检查:产后 6~8 周到医院健康检查,了解产妇全身各系统及生殖器官的恢复情况,乳房泌乳及新生儿喂养和生长发育情况,发现异常,给予指导和及时处理。

【启发思考】产褥期为什么要经常变换体位,最好左右交替,不能长时间仰卧?(目的是避免子宫后倾)

举例:王某,经产妇,昨月经阴道顺产一正常男婴,目前诉说乳房胀痛,下腹阵发性轻微疼痛。查乳房胀痛,无红肿,子宫硬,宫底在腹正中,脐下 2 指,阴道出血如月经量。针对乳房胀痛首先的措施应(让新生儿多吸吮);针对腹阵发性轻微疼痛,护士解释为(产后宫缩痛)



## 高考链接

(2012 年高考题)正常产后,子宫在腹内逐日下降,降到真骨盆内所需时间为( )。

A. 5 天

B. 10 天

C. 15 天

D. 20 天

【分析】产后子宫逐渐缩小,第 1 宫底平脐,以后每日下降 1~2cm,产后 10 天子宫降入骨盆腔内。

【答案】B



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 初产妇、剖宫产,产后乳汁少。以下鼓励母乳喂养的措施中不对的是( )。

- A. 母婴同室
  - B. 多进营养丰富的汤汁饮食
  - C. 两次哺乳间给婴儿加少量糖水
  - D. 增加哺乳次数
2. 有关产褥期护理, 下述不对的是 ( )。
- A. 测体温、脉搏、呼吸, 每日 2 次
  - B. 产后适宜多取蹲位
  - C. 产后 24 小时鼓励产妇产下床活动
  - D. 饮食应富于营养
3. 产褥期是指 ( )。
- A. 从胎儿娩出到生殖器恢复正常
  - B. 从胎儿娩出到恶露干净这段时间
  - C. 从第二产程到生殖器恢复正常
  - D. 从胎盘娩出到生殖器完全恢复正常的一段时间
4. 产褥期一般为 ( )。
- A. 1~2 周
  - B. 2~3 周
  - C. 3~4 周
  - D. 6 周
5. 胎盘娩出后, 子宫底每天下降 ( )。
- A. 5~6cm
  - B. 4~5cm
  - C. 3~4cm
  - D. 1~2cm
6. 张女士接受产褥期保健知识宣教后, 向护士复述的内容中, 错误的是 ( )。
- A. 饮食营养丰富、易消化
  - B. 产后 10 小时内排尿
  - C. 产后 24 小时可下床活动
  - D. 经常擦浴, 勤换衣裤
7. 初产妇, 顺产, 产后第 14 天, 子宫复旧情况不正常的是 ( )。
- A. 耻骨联合上方可触及宫底
  - B. 白色恶露
  - C. 宫颈内口关闭
  - D. 脉搏 70 次/分
8. 母乳喂养指导中不妥的是 ( )。
- A. 乳汁过多不能吸尽者, 应将余乳挤出
  - B. 勤吸吮有助于乳汁分泌
  - C. 待下奶后立即哺乳
  - D. 按需哺乳, 哺乳期以一年为宜
9. 产褥期禁止性生活的时间是 ( )。
- A. 产后 2 周
  - B. 产后 4 周
  - C. 产后 6 周
  - D. 产后 8 周
10. 产褥期生理变化中不正确的是 ( )。
- A. 肠蠕动减弱, 易发生便秘
  - B. 尿量减少
  - C. 常发生排尿不畅或尿潴留
  - D. 出汗较多
11. 子宫降至骨盆腔内在 ( )。
- A. 产后 3 天
  - B. 产后 7 天
  - C. 产后 10 天
  - D. 产后 2 周
12. 某产妇足月顺产后 1 日, 评估其身体状况时, 可能异常的项目是 ( )。
- A. 体温: 37.7
  - B. 脉搏: 96 次/分
  - C. 血压: 120/76mmHg
  - D. 宫底脐下 1 指
13. 关于产褥期会阴护理叙述错误的是 ( )。
- A. 保持外阴清洁
  - B. 每日用消毒液擦洗外阴
  - C. 嘱产妇健侧卧位
  - D. 会阴伤口红肿者, 可局部紫外线照射
14. 不属于产褥期生理变化的是 ( )。
- A. 分娩后 2~3 天乳汁开始分泌
  - B. 产后 24 小时内体温 38.5
  - C. 产后脉搏 60~70 次/分
  - D. 子宫体 6 周恢复到正常大小

15. 解女士, 25岁, 妊娠39周, 于2:30正常分娩, 6:40病人主诉下腹胀痛。视诊: 下腹膀胱区隆起; 叩诊: 耻骨联合上呈浊音, 病人存在的健康问题是( )。

- A. 分娩后疼痛 B. 体液过多 C. 排尿异常 D. 尿潴留

16. 产妇乳汁分泌主要依赖于( )。

- A. 哺乳时吸吮刺激 B. 营养 C. 睡眠 D. 情绪

17. 某产妇, 第一胎, 足月顺产后6小时, 未解小便, 首选的措施为( )。

- A. 针灸 B. 肌肉注射新斯的明 1mg  
C. 诱导 D. 热敷膀胱区

18. 关于正常产褥期的叙述, 正确的是( )。

- A. 产后宫缩痛多见于初产妇 B. 子宫复旧因授乳而加速  
C. 血性恶露持续2周 D. 产后初期产妇脉搏增快

19. 产褥期血性恶露一般持续约( )。

- A. 3日 B. 7日 C. 10日 D. 14日

20. 乳房胀痛的护理, 错误的是( )。

- A. 产后尽早哺乳 B. 哺乳前热敷乳房  
C. 两次哺乳之间热敷 D. 按摩乳房

21. 产后( )应鼓励产妇排尿。

- A. 2小时 B. 3小时 C. 4小时 D. 5小时

22. 产后首次健康检查的时间是( )。

- A. 产后3周 B. 产后4周 C. 产后5周 D. 产后6周

## 二、简答题

1. 简述产后排尿困难的护理措施。
2. 简述产褥期产妇的健康指导内容。
3. 简述乳胀的预防及治疗措施。
4. 简述促进子宫复旧的护理措施。

## 三、综合分析题

1. 李女士, 28岁, 会阴侧切产后2天, 自诉下腹部阵发性坠痛, 哺乳时加剧。经护理评估得到: 体温 38.3、脉搏 84次/分钟、血压 15/11kpa。子宫底脐下二指, 收缩良, 恶露为红色, 量少, 会阴切口红肿, 乳房无胀痛。

(1) 说出产妇下腹疼痛可能的原因。

(2) 应采取哪些护理措施?

2. 28岁, 初产妇, 妊娠足月行会阴侧切术娩出一活婴, 重 3500g, 产后第四天, 会阴部肿痛, 左侧切口部分裂开, 有压痛及脓性分泌物。

(1) 该产妇出现了什么情况?

(2) 针对这种情况如何护理?

3. 28岁产妇, 顺产3天。查体: 体温 37.8, 双乳胀痛, 有硬结, 子宫底高度脐下3横指, 腹部无压痛, 会阴切口无肿胀及压痛, 恶露暗红, 有血腥味, 无臭味。

(1) 该产妇体温升高最可能的原因是什么?

(2) 此时, 最主要的护理措施是什么?

## 第四节 异常妊娠孕妇的护理

### 第一小节 流产



#### 考纲要求

1. 掌握掌握流产的概念和分类。
2. 掌握流产的护理评估、护理措施。



#### 知识梳理

### 一、流产

#### (一) 概述

##### 1. 分类

妊娠不足 28 周，胎儿体重不足 1000g 而终止者称**流产**。

依据时间：**早期流产**（<12 周多见）；**晚期流产**（12~27 周）。

依据方式：自然流产（约占 15%）；人工流产。

##### 2. 病因

#### (二) 护理评估

##### 1. 健康史

**染色体异常**是自然流产特别是早期流产的主要原因，孕妇接触有害物质、患急慢性疾病、黄体功能不足、生殖器官疾病、身体或精神创伤等亦可导致流产。详细询问有无上述致病因素，并询问停经史、早孕反应、阴道流血、腹痛出现的时间及详细情况。

##### 2. 身体状况（含流产分类）

**主要症状**是阴道流血和下腹痛。

(1) **先兆流产**：停经后阴道少量流血，无腹痛或轻微下腹痛，可伴腰痛及下坠感。妇科检查宫颈口未开，子宫大小与停经周数相符。

(2) **难免流产**：指流产已不可避免。阴道流血增多，阵发性腹痛加重或出现阴道流水（破膜）。妇科检查宫颈口已扩张，有时在宫颈口内可见胚胎样组织或羊膜囊堵塞，子宫大小与停经周数相符或略小。

(3) **不全流产**：指妊娠物部分已排出体外，尚有部分残留在子宫腔内，因而阴道持续流血不止，甚至导致失血性休克。妇科检查宫颈口扩张，常有妊娠物堵塞于宫颈口或部分组织已排到阴道内，子宫小于停经周数。

(4) **完全流产**：指妊娠物已全部排出。阴道流血逐渐停止，腹痛逐渐消失。妇科检查宫颈口关闭，子宫接近正常大小。

(5) **稽留流产**：指胚胎或胎儿在子宫内已死亡尚未自然排出者。早孕反应消失，子宫不再增大反而缩小，如已至妊娠中期，孕妇不感腹部增大，胎动消失。妇科检查宫颈口未开，子宫较妊

妊娠周数小，不能闻及胎心。如死胎稽留过久，坏死组织释放凝血活酶进入母体血循环可引发弥散性血管内凝血（DIC）。

（6）习惯性流产：指连续自然流产3次或3次以上者。每次流产多发生在同一妊娠月份，其临床特征与一般流产相同。近年国际上常用复发性流产取代习惯性流产，改为连续2次的自然流产。

（7）流产合并感染：在各种类型的流产过程中，若阴道流血时间过长、有组织残留于宫腔内或非法堕胎等，可能引起宫腔内感染，称为流产合并感染。如不及时治疗，感染可扩散到盆腔、腹腔或全身，引起盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克等。

先兆流产、难免流产、不全流产、完全流产的区别如表8-3所示。

表8-3 兆流产、难免流产、不全流产、完全流产的区别

类型	病史			妇科检查	
	出血量	下腹痛	组织排出	宫口	子宫大小
先兆流产	少	无/轻	无	闭	与孕周相符
难免流产	中—多	加剧	无	扩张	基本相符
不全流产	少—多	减轻	部分排出	扩张/堵塞	小于孕周
完全流产	少—无	无	全排出	闭	正常/略大

### （三）处理要点

根据不同类型给予相应处理。

#### （1）先兆流产保胎治疗。

（2）难免流产及不全流产应尽快清除宫腔内容物，以防大出血和感染；完全流产一般不需特殊处理。

（3）稽留流产应促使胎儿胎盘尽早排出，术前检查凝血功能并用雌激素3日以提高子宫敏感性，防止并发症的发生。

（4）习惯性流产应查明原因，针对病因进行治疗。

（5）流产合并感染者，阴道流血不多，应待感染控制后行清宫术；阴道流血多者，应用抗生素的同时用卵圆钳伸入宫腔夹出大块残留组织，使出血量减少，然后继续应用抗生素，待感染控制后再彻底刮宫。

### （四）护理措施

#### 1. 制止出血、防治休克

（1）**先兆流产**孕妇应绝对卧床休息，禁止性生活，以减少刺激避免诱发出血增多，遵医嘱给予保胎药物治疗。保胎期间护士应重点注意和观察的内容：**抑制宫缩**。先兆流产孕妇应绝对卧床休息，禁止性生活，以减少刺激避免诱发出血增多，遵医嘱给予保胎药物治疗。加强营养，防便秘和腹泻。遵医嘱镇静剂、孕激素等保胎药物，观察病情变化，注意阴道流血、腹痛，阴道有无组织物排出，发现异常及时报告医生。

（2）大量阴道流血时，应立即测血压、脉搏，遵医嘱肌注缩宫素促进子宫收缩减少出血，同时迅速建立静脉通道，及时补充血容量。

（3）及时做好清宫术或引产术的术前准备，术中密切观察生命体征，术后注意观察阴道流血量及子宫收缩情况，组织物送病理检查。

## 2. 预防感染

- (1) 保持外阴清洁, 每日消毒液擦洗外阴 2 次。
- (2) 注意观察体温、脉搏、血压, 阴道分泌物的颜色、气味, 有异常时及时报告医生。
- (3) 各项检查和手术应严格无菌操作。
- (4) 流产合并感染者嘱其半卧位以防炎症扩散, 并注意床边隔离。遵医嘱应用抗生素。

## 3. 解除焦虑

安慰病人及家属, 适时说明病情, 解释有关治疗及护理措施, 稳定情绪, 增强保胎信心, 鼓励积极配合医护工作。同情和理解病人失去胎儿的悲伤心情, 加强心理支持, 帮助其接受事实, 尽早恢复正常心态。

## 4. 健康指导

- (1) 保持外阴清洁, 禁止盆浴及性生活 1 个月。
- (2) 增加营养, 纠正贫血, 增强机体抵抗力。
- (3) 清宫术后如阴道流血淋漓不尽, 流血量超过月经量, 阴道分泌物混浊、有异味, 或伴有发热、腹痛, 应及时到医院复诊。
- (4) 注意消除流产诱因, 为再次妊娠做好准备。
- (5) 有习惯性流产史的孕妇, 未孕前应积极接受病因治疗, 确诊妊娠后应卧床休息, 加强营养, 禁止性生活, 保胎时间应超过以往发生流产的妊娠周数。

【启发思考】举例:

【例 1】26 岁已婚妇女, 平时月经规律, 现停经 50 天, 阴道流血 2 天, 量少, 伴轻微下腹痛。你想到了什么?

先兆流产。

【例 2】25 岁已婚妇女, 停经 58 天后出现阴道流血伴下腹痛, 血量较多, 有血块, 自述有烂肉样组织掉出后出血量减少, 腹痛减轻。今日又出现大量阴道流血, 持续不止, 下腹阵痛、头晕、心慌, 家属急送入院。你应协助医生采取哪些护理措施?

不全流产。护理措施: 立即测血压、脉搏、呼吸, 迅速建立静脉通道, 输液, 备血, 做好输血准备, 以防治失血性休克。同时尽快做好清宫术的准备。术中术后注意监测病人子宫收缩情况及阴道流血量, 刮出物送病理检查。



## 高考链接

【例 1】(2012 年高考题) 对各种流产临床特点的描述, 正确的是 ( )。

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| A. 完全流产, 宫口松, 腹痛重    | B. 先兆流产, 宫口闭, 阴道少量流血 |
| C. 难免流产, 阴道流血少, 胎膜未破 | D. 不全流产, 宫口闭, 阴道流血少  |

【分析】A 选项完全流产, 腹痛轻; C 选项难免流产, 阴道流血多; D 选项不全流产, 宫口开, 阴道流血多。

【答案】B

【例 2】(2013 年高考题) 下列关于流产的描述中, 错误的是 ( )。

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| A. 先兆流产可以保胎治疗   | B. 不全流产可以引起失血性休克 |
| C. 难免流产应尽快清宫内容物 | D. 完全流产应常规清宫     |

【分析】完全流产若症状消失, B 型超声波检查宫腔无妊娠残留物, 且无感染征象, 一般不需



特殊处理。

【答案】D

【例3】(2013年高考题)先兆流产与难免流产的主要鉴别点是( )。

A. 出血时间长短

B. 下腹痛的程度

C. 早孕反应是否存在

D. 宫口是否开大

【分析】流产根据病情发展不同,有不同的分类。其中先兆流产,阴道少量流血,下腹隐痛较轻,宫口未开,子宫大小与孕周相符,HCG阳性,B超可见心胎心搏动。难免流产,阴道流血增多,阵发下腹痛加剧,在宫颈口可见胚胎组织或胚囊堵塞,宫口已开,子宫大小与孕周相等或略小,胎心无搏动。

【答案】D

## 第二小节 异位妊娠



考纲要求

掌握异位妊娠的概念和分类、护理评估、护理措施。



知识梳理

受精卵在子宫体腔以外的部位着床发育者,称为**异位妊娠**。异位妊娠发生率为1%,近年有上升趋势,是妇产科常见急腹症之一,如不及时诊断和处理,可危及生命。根据受精卵着床部位不同分为**输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠及子宫残角妊娠等**。其中以**输卵管妊娠最多见**,约占异位妊娠的95%左右。输卵管妊娠的发病部位以**壶腹部最多**,其次为峡部,伞端和间质部妊娠较为少见。

由于输卵管管腔狭小,管壁薄,不能适应胚胎的生长发育,因此当输卵管妊娠到一定时期可发生流产或破裂,从而引起腹腔内出血,严重者可发生大出血使病人陷入休克。

输卵管妊娠流产后,若胚胎死亡,内出血量少,病情稳定,经一段时间后,盆腔血肿机化变硬并与周围组织粘连,形成盆腔包块,临床上称为陈旧性宫外孕。若胚胎存活,排入腹腔后其绒毛组织仍附着于原着床处或重新种植而获得营养,可使胚胎继续生长发育,形成继发性腹腔妊娠。

### 一、护理评估

#### (一) 健康史

询问有无停经史,停经时间长短,有无慢性输卵管炎、慢性盆腔炎病史,是否放置宫内节育器,有无绝育术、输卵管吻合术、输卵管成形术等诱发输卵管妊娠的高危因素。

#### (二) 身体状况

输卵管妊娠发生流产或破裂之前,病人多无异常征象,其表现同一般妊娠。

(1) **症状**: 多数病人有6~8周**停经史**; 输卵管妊娠流产或破裂时,病人可突感一侧下腹部撕裂样**疼痛**,常伴有恶心、呕吐,并迅速向全腹扩散,血液积聚在子宫直肠陷凹时可出现肛门坠胀感; 有**少量暗红色阴道流血**; 严重出血病人可发生**晕厥或休克**,休克程度与腹腔内出血量的多少及出血速度有关,与阴道流血量不成正比。

(2) 体征： 出血较多者可有贫血貌及休克征； 腹部检查，下腹部有明显压痛及反跳痛，尤以患侧为甚，内出血较多时叩诊有移动性浊音； 妇科检查，阴道后穹窿饱满、有触痛，宫颈抬举痛或摇摆痛明显，子宫稍大而软，内出血多时子宫可有漂浮感，子宫一侧或后方可触及边界不清、压痛明显的包块。

### (三) 心理-社会状况

由于大出血及剧烈腹痛，病人及家属担心有生命危险而恐惧。因失去胎儿或担心以后的受孕能力而引起悲伤、失落、自责等情绪反应。

## 二、辅助检查

(1) 阴道后穹窿穿刺：腹腔内血液易积聚在子宫直肠陷凹，即使血量不多，也能经阴道后穹窿穿刺抽出，若抽出暗红色不凝血，说明腹腔内有积血存在。是一种简单可靠的诊断方法。

(2) 妊娠试验：用灵敏度高的放射免疫法定量测定血  $\beta$ -HCG 和酶联免疫法测定尿  $\beta$ -HCG，均有助于异位妊娠的诊断。

(3) 超声检查：可见宫腔空虚，宫外可见轮廓不清的液性或实性包块，如包块内见胚囊或胎心搏动即可确诊。阴道 B 超检查较腹部 B 超准确性高。

(4) 子宫内膜病理检查：诊断性刮宫适用于妊娠试验和 B 超检查不能确诊者。宫腔内容物病理检查仅见蜕膜样变组织而不见绒毛，有助于排除宫内妊娠。

(5) 腹腔镜检查：不仅可以明确诊断异位妊娠，而且可同时进行手术。

## 三、处理要点

以手术治疗为主，非手术治疗为辅。严重内出血甚至休克的病人，应在积极纠正休克的同时尽快手术，行患侧输卵管切除术或保守性手术。无生育要求者可同时行对侧输卵管结扎术。非手术治疗，适用于尚未破裂或流产的早期病人，或内出血少、病情稳定的病人，尤其是有生育要求的年轻妇女。可行中医中药治疗或化学药物如甲氨蝶呤、米非司酮等治疗。腹腔镜手术已成为近年治疗异位妊娠的主要方法。

## 四、护理措施

### (一) 防治休克

(1) 严重内出血并发休克的病人，立即去枕平卧，吸氧，建立静脉通道，交叉配血，按医嘱输血、输液、补充血容量。

(2) 遵医嘱迅速做好手术前准备。

(3) 严密监测生命体征并记录，如出现血压下降、脉搏细速、面色苍白、四肢湿冷、尿量减少等休克征象，立即报告医生并配合抢救。

(4) 注意腹痛部位、性质及伴随症状，严密观察阴道出血情况，准确评估出血量。

(5) 加强术后观察与护理。

### (二) 消除恐惧心理

稳定病人及家属的情绪，耐心说明病情及手术的必要性，非手术治疗者鼓励积极配合治疗，及时发现化疗药物（甲氨蝶呤）的毒副反应，消除病人的恐惧心理，增强信心。同情、安慰、鼓励病人，说明今后仍有受孕机会，帮助度过悲伤期。

### （三）健康指导

（1）及时确定早期妊娠，可通过 B 超检查及早发现异位妊娠。

（2）非手术治疗的病人应绝对卧床休息，避免增加腹压的动作，保持大便通畅，以免诱发活动性出血。

（3）手术治疗后应注意休息，加强营养，纠正贫血，提高抵抗力；保持外阴清洁，禁止盆浴和性生活 1 个月。

（4）有生育要求的，应积极消除诱因，注意卫生保健，防止发生盆腔感染，有盆腔炎症者要及时彻底治疗，在医护人员指导下做好再次妊娠的准备。

【启发思考】举例：28 岁已婚妇女，停经 2 个月，4 天前出现阴道流血，量不多，色暗红，今晨 6 时突感右下腹剧烈疼痛，迅速波及整个下腹部，伴恶心呕吐，有肛门坠胀感，于 7 时急诊入院。

查体：面色苍白，烦躁不安，体温 37.2℃，脉搏 110 次/分钟，呼吸 24 次/分钟，血压 70/30mmHg；心肺无异常；轻度腹肌紧张，下腹压痛，尤以左下腹明显，移动性浊音阳性。妇科检查：阴道少量出血、暗红色；后穹窿饱满、触痛；宫颈举痛明显；左侧附件可触及包块，质软、不活动，有压痛。

该病例最可能的诊断是什么？首优的护理诊断是什么？应采取哪些护理措施？

（1）最可能的诊断：异位妊娠。

（2）首优护理诊断：组织灌注无效。

（3）护理措施：立即使病人取平卧位，吸氧，建立静脉通道，交叉配血，输血、输液、补充血容量；在最短时间内做好剖腹探查的手术前准备；严密监测生命体征变化并记录，及时报告医生处理；注意腹痛部位，性质及伴随症状，严密观察阴道出血情况，以准确评估出血；术后继续严密观察生命体征，注意阴道流血、腹腔内出血情况。



### 高考链接

【例 1】（2012 年高考题）怀疑异位妊娠破裂，快速诊断应采取（ ）。

A. 尿 HCG 测定    B. 诊断刮宫    C. 后穹窿穿刺    D. X 线检查

【分析】阴道后穹窿穿刺或腹腔穿刺为简单、可靠的方法。抽出暗红色、不凝固血液，说明腹腔有内出血；当有血肿或粘连时，也可抽不出血液。

【答案】C

【例 2】（2013 年高考题）异位妊娠最严重的结局是（ ）。

A. 异位妊娠破裂    B. 异位妊娠流产  
C. 继发性腹腔妊娠    D. 陈旧性宫外孕

【分析】异位妊娠破裂可以引起严重的失血性休克，所以是最严重的结局。

【答案】A

### 第三小节 妊娠期高血压疾病



#### 考纲要求

掌握妊娠期高血压疾病的概念和分类、护理评估、护理措施。



## 知识梳理

妊娠期高血压疾病是妊娠期特有的疾病，发病率我国为 9.4%。其表现为妊娠 20 周以后出现高血压、蛋白尿等症状，分娩后随即消失。该病严重时出现抽搐、昏迷、心肾功能衰竭，是目前孕产妇及围生儿死亡的重要原因之一。

### 一、护理评估

#### (一) 健康史

##### 1. 病因学说

(1) 免疫学说：妊娠可视为成功的自然同种异体移植，母儿间免疫平衡失调，就可能引发免疫排斥反应。

(2) 胎盘浅着床：孕早期母体和胎盘间免疫耐受发生改变导致子宫螺旋小动脉生理重铸过程障碍，胎盘灌注减少，可致滋养细胞浸润能力受损和浅着床。

(3) 血管内皮细胞受损：细胞毒性物质和炎性介质可能引起胎盘血管内皮损伤，引起血管内皮源性舒张因子分泌减少，血管内皮收缩因子增加，导致比例失调，致使血压升高。

(4) 遗传因素：研究发现携带血管紧张素原基因变异的妇女妊娠期高血压疾病发生率高，子痫前期妇女第五凝血因子突变率高。

(5) 营养缺乏：已发现多种营养如低蛋白血症、钙、镁、锌、硒等缺乏与先兆子痫发生发展有关。

##### 2. 高危因素

寒冷季节或气温变化过大时；精神过度紧张或受刺激使中枢神经功能紊乱；年轻初孕妇或高龄初孕妇；子宫张力过高（如多胎妊娠、羊水过多、糖尿病巨大儿及葡萄胎等）；妊娠期高血压病史及家族有高血压史；体型矮胖；营养不良（如贫血、低蛋白血症者）等。评估时注意询问是否存在以上高危因素。

##### 3. 病理变化

基本病理生理变化是全身小动脉痉挛。

#### (二) 身体状况

##### 1. 根据妊娠期高血压疾病的分类评估病人的临床表现及严重程度

(1) 妊娠期高血压。血压 140/90mmHg，妊娠期首次出现，并于产后 12 周恢复正常；尿蛋白（-）；可伴有上腹部不适或血小板减少，产后方可确诊。

(2) 子痫前期。轻度：血压 140/90mmHg，孕 20 周以后出现；尿蛋白 300mg/24 小时或（+），可伴有上腹不适、头痛等症状。重度：血压 160/110mmHg；尿蛋白 2.0g/24 小时或（++）；血肌酐  $> 106 \mu\text{mol/L}$ ；血小板  $< 100 \times 10^9 /\text{L}$ ；微血管病性溶血（血乳酸脱氢酶即 LDH 升高）；血清肝酶（谷丙转氨酶或谷草转氨酶）升高；持续性头痛或其他脑神经或视觉障碍；持续性上腹不适。

(3) 子痫：子痫前期孕妇抽搐不能用其他原因解释。

(4) 慢性高血压并发子痫前期。高血压孕妇妊娠 20 周以前无尿蛋白，若出现尿蛋白 300mg/24 小时；高血压孕妇孕 20 周前突然尿蛋白增加，血压进一步升高或血小板  $< 100 \times 10^9 /\text{L}$ 。

(5) 妊娠合并慢性高血压。血压 140/90mmHg，孕前或孕 20 周以前或孕 20 周后首次诊断高血压并持续到产后 12 周后。

## 2. 子痫发作典型表现

子痫分产前子痫、产时子痫、产后子痫，以产前子痫多见。抽搐发展迅速，先出现眼球固定、瞳孔散大、头扭向一侧、牙关紧闭，继而口角及面部肌肉开始抽动，数秒后双臂屈曲、双手紧握、肌肉强直，继之全身及四肢强烈抽动，持续 1~2 分钟。抽搐时面色青紫、意识丧失，无呼吸，然后抽搐停止，呼吸恢复，重者可陷入昏迷。

## 3. 并发症

脑出血、心力衰竭、肺水肿、急性肾功能衰竭、胎盘早剥、弥散性血管内凝血、胎儿窘迫等。

### (三) 心理-社会状况

孕妇因担心自身健康及胎儿受到伤害而焦虑不安。部分孕妇及家属缺乏对该疾病的认识，表现出淡漠，不重视，不按时产前检查和及时治疗，从而使病情加重。

### (四) 辅助检查

(1) 尿液检查：查尿常规、尿比重、尿蛋白等，如尿蛋白定性  $> ++$  或定量  $2.0\text{g}/24$  小时表明病情严重。注意有无红细胞及管型，如有则表明肾脏损害严重。

(2) 血液检查：查血常规、血粘度、血细胞比容，了解有无血液浓缩；查血清电解质、二氧化碳结合力，判断有无电解质紊乱或酸中毒；查凝血功能。

(3) 肝肾功能检查：测血清转氨酶、肌酐、尿素氮、尿酸等，了解有无肝肾功能损害。

(4) 眼底检查：可作为评估全身小动脉痉挛程度的窗口。

(5) 其他检查：心电图、超声心动图、B 超、胎儿成熟度及胎盘功能等检查，视病情而定。

## 二、处理要点

(1) 妊娠期高血压：可门诊治疗。保证休息，调节饮食，增加产前检查次数，密切监测母儿状态，必要时给予镇静剂如地西泮治疗，防止病情发展。

(2) 子痫前期、子痫：应住院治疗。治疗原则为解痉、镇静、降压、合理扩容和利尿，适时终止妊娠，防止并发症发生。解痉首选硫酸镁。子痫前期经积极治疗 24~48 小时无明显好转者应及时终止妊娠。子痫病人应迅速控制抽搐，纠正缺氧和酸中毒，抽搐控制后 2 小时终止妊娠。

## 三、护理措施

### (一) 防止母儿受伤

#### 1. 子痫病人的护理

(1) 遵医嘱正确用药，迅速控制抽搐：硫酸镁为首选药物，必要时加用强有力的镇静药物哌替啶或冬眠合剂，降低颅内压给予 20% 甘露醇 250mL 快速静脉滴注。

(2) 避免刺激，以免诱发抽搐。置病人于单间暗室，保持安静，避免声、光刺激。各项护理操作应相对集中，动作轻柔，以免诱发抽搐。

(3) 专人特护，防止受伤：保持呼吸道通畅，吸氧。昏迷病人应禁食、禁水，取头低侧卧位，随时吸出咽喉部粘液及呕吐物，防止窒息或吸入性肺炎。抽搐发作时，床边加床挡以防坠伤。用开口器或缠有纱布的压舌板和舌钳置于上下磨牙间和固定舌头以防唇舌咬伤或舌后坠阻塞呼吸道。

(4) 做好终止妊娠的准备。

#### 2. 加强胎儿监护

指导孕妇胎动计数，勤听胎心音，必要时 B 超检查或电子胎心监护。嘱孕妇左侧卧位，间断吸氧，

每日3次,每次1小时,及时发现和纠正胎儿宫内缺氧,促进胎儿生长发育。

### 3. 使用硫酸镁的注意事项

硫酸镁使用不当易引起中毒,首先表现为膝反射消失,继之可出现全身肌张力减退及呼吸抑制,严重者心跳骤停。因此用药过程中应注意以下几点。

(1) 用药前备好钙剂作为解毒剂,如10%葡萄糖酸钙。

(2) 注意静脉给药速度:首次剂量25%硫酸镁20mL稀释于25%葡萄糖20mL中,缓慢静脉注射(5~10分钟),继以25%硫酸镁60mL加入10%葡萄糖1000mL静脉点滴,滴速以1~1.5g/时为宜。

(3) 用药前及用药过程中应检测以下指标:膝腱反射必须存在;呼吸不少于16次/分;尿量不少于25mL/时。发现中毒症状应立即停药,并按医嘱静脉注射10%葡萄糖酸钙10mL解毒。

### (二) 缓解焦虑

鼓励孕妇说出内心的感受和疑虑,向病人及家属解释病情及提供相关信息,说明该病的病理变化是可逆的,产后多能恢复正常,增强信心,鼓励主动配合治疗。

### (三) 减轻水肿

记录液体出入量,每日测体重、腹围,观察水肿变化。指导孕妇摄入足够的蛋白质,水肿严重者适当限制食盐摄入以减轻钠水潴留,执行医嘱给予利尿药物。保证充足睡眠(每日8~10小时),左侧卧位,抬高下肢以促进血液回流,减轻水肿。

### (四) 预防并发症

密切观察生命体征,记录24小时液体出入量,注意子宫壁的紧张度及胎动情况。平均动脉压140mmHg或舒张压110mmHg时,遵医嘱用降压药肼屈嗪或硝苯地平,以预防脑血管意外和胎盘早剥。用药时须密切观察血压变化,维持舒张压在90~100mmHg为宜。出现全身水肿、急性心力衰竭时遵医嘱应用利尿剂呋塞米,以预防急性肾功能衰竭。

平均动脉压(MAP)=(收缩压+2×舒张压)/3,当MAP 85mmHg时,表示有发生子痫前期的倾向,当MAP 140mmHg时,易发生脑血管意外。

### (五) 健康指导

(1) 加强妊娠期保健,定期产前检查,发现异常及时处理。

(2) 进食富含蛋白质、维生素、铁、钙的食物及新鲜蔬果,孕20周起每日补钙1~2g,减少动物脂肪及过量食盐的摄入,可有效降低妊娠期高血压疾病的发生。

(3) 保证充足的休息和愉快的心情,坚持左侧卧位以增加胎盘绒毛的血供。

(4) 在妊娠中期做好监护和预测,预测阳性者应密切随诊。

【启发思考】举例:35岁初孕妇,停经8个月,自觉胎动3个半月,下肢水肿1个月,头晕、眼花3天。

病史:平时月经准,停经40余天出现恶心及轻微呕吐,未经治疗,持续20余天自然好转,停经4个半月出现胎动。近1个月下肢水肿渐至大腿,近3天头晕、眼花。

既往无高血压及肾病史。检查:血压170/110mmHg,下肢水肿(++),心肺正常,先露未入盆,尿蛋白(++).

(1) 该病人最可能的诊断是什么?

(2) 怎样处理及护理?

**最可能的诊断:**妊娠期高血压疾病,子痫前期重度。

**处理要点:**立即住院治疗,应用解痉剂(首选硫酸镁),酌情应用镇静、降压药控制病情发展。

同时严密监护病情变化及胎儿宫内情况，做好防治胎儿窘迫及抢救子痫的准备。经积极治疗病情无明显好转者可考虑适时终止妊娠。

**护理措施**（略）。



## 高考链接

【例 1】（2011 年高考题）妊娠期高血压疾病的治疗原则错误的是（ ）。

- A. 首选应选用降压效果快的降压药      B. 解痉、镇静  
C. 合理扩容和利尿      D. 加强母儿监护，适时终止妊娠

【分析】以解痉、镇静、降压、利尿、适时终止妊娠、防治并发症为治疗的基本原则。因病情程度及分类的不同，治疗原则上有所区别。若血压继续上升，可以适当降压。

【答案】A

【例 2】（2012 年高考题）治疗重度妊娠期高血压疾病，首选的药物是（ ）。

- A. 卡托普利      B. 氯丙嗪      C. 硫酸镁      D. 地塞米松

【分析】硫酸镁可抑制中枢神经系统，松弛骨骼肌，具有镇静、抗痉挛及减低颅内压等作用。常用于治疗惊厥、子痫。

【答案】C

【例 3】（2012 年高考题）使用硫酸镁治疗妊娠期高血压疾病最早出现的毒性反应是（ ）。

- A. 血压下降      B. 呼吸减慢  
C. 膝反射减弱或消失      D. 尿量减少

【分析】硫酸镁中毒患者首先表现为膝反射减弱或消失，继而出现全身肌张力减退、呼吸困难、语言不清。严重者呼吸肌麻痹，甚至呼吸、心跳停止，危及生命。故本题答案选

【答案】C

【例 4】（2015 年高考题）关于妊高症子痫患者治疗要点错误的是（ ）。

- A. 解痉镇静      B. 合理扩容利尿  
C. 防止并发症      D. 无须终止妊娠

【分析】子痫前期必须住院治疗，以解痉、降压、镇静为主，合理扩容、利尿，适时终止妊娠。

【答案】D

## 第四小节 前置胎盘



### 考纲要求

理解前置胎盘的护理诊断、处理原则。



## 知识梳理

正常胎盘附着于子宫体部的后壁、前壁或侧壁。妊娠 28 周后若胎盘附着于子宫下段，甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口处，位置低于胎儿的先露部，称为**前置胎盘**。前置胎盘是妊娠晚期出血的主要原因之一，严重威胁母儿生命安全。

根据胎盘下缘与子宫颈内口的关系，前置胎盘分为 3 种类型。

- (1) 完全性前置胎盘：胎盘组织完全覆盖子宫颈内口，又称中央性前置胎盘。
- (2) 部分性前置胎盘：胎盘组织部分覆盖子宫颈内口。
- (3) 边缘性前置胎盘：胎盘附着于子宫下段边缘达到宫颈内口，但未覆盖宫颈内口。

## 一、护理评估

### (一) 健康史

多见于经产妇，子宫内膜炎症、子宫内膜损伤、胎盘面积过大是前置胎盘的高危因素。详细询问孕产史，了解有无人工流产、剖宫产、流产后或产褥期感染等造成子宫内膜炎症或损伤的病史。

### (二) 身体状况

前置胎盘的主要症状是妊娠晚期或临产后发生无诱因、无痛性、反复阴道出血。完全性前置胎盘初次出血时间早（28 周左右），次数频繁，量多；边缘性前置胎盘初次出血发生晚，多在 37～40 周或临产后，出血量也比较少；部分性前置胎盘出血情况介于上述两者之间。

## 二、处理要点

以制止出血、纠正贫血和预防感染为原则。根据孕妇的一般情况、孕周、胎儿成熟度、出血量及产道条件等综合分析，制定处理方案。

(1) 阴道出血不多，全身情况好，妊娠不足 36 周者，可在保证孕妇安全的前提下采取期待疗法，使胎儿能达到或接近足月，从而提高胎儿成活率。

(2) 对大出血病人或出血量虽少，但妊娠已近足月或已临产者，应选择最佳方式终止妊娠。剖宫产术是目前处理前置胎盘的主要手段。

## 三、护理诊断

- (1) 组织灌注无效（外周）：与反复或大量阴道出血有关。
- (2) 潜在并发症：早产、胎儿窘迫、产后出血。
- (3) 有感染的危险：与失血导致机体抵抗力下降、胎盘剥离面靠近子宫颈口细菌易上行感染有关。
- (4) 焦虑：与担心自身及胎儿的生命安全有关。

## 四、护理措施

### (一) 监测病情，制止出血

严密观察阴道出血的量、颜色和持续时间，保留会阴垫收集血液，准确估计出血量。定时测血压、脉搏、呼吸，观察面色、精神状态，注意尿量，如发生异常及时报告医生并配合处理。大量阴道出血者，应在补充血容量、纠正休克的同时迅速做好剖宫产手术准备。

### (二) 预防并发症

(1) 防止早产：期待疗法的孕妇，嘱绝对卧床休息，禁止阴道检查及肛查，腹部检查动作须轻柔，避免各种刺激，以减少出血机会；遵医嘱给予镇静、止血药物及宫缩抑制剂；若反复出血须提前终止妊娠，应用地塞米松促胎肺成熟。

(2) 及时发现和纠正胎儿窘迫：定时听胎心，注意观察胎动，有条件者行胎心电子监护，确定胎儿在宫内的安危；嘱孕妇取左侧卧位休息，定时间断吸氧，每日 3 次，每次 1 小时，提高胎儿的血氧供应；胎儿窘迫经处理不见好转者及时做好剖宫产手术准备。



(3) 预防产后出血：胎儿娩出后立即遵医嘱给予缩宫素或麦角新碱加强宫缩，严密观察宫缩及阴道流血情况。

### (三) 预防感染

做好外阴护理，保持外阴清洁干燥。定时测体温，查血象，观察恶露的性状和气味，发现感染征象及时报告医生。遵医嘱应用抗生素预防感染。

### (四) 缓解焦虑

多陪伴病人，引导病人说出焦虑的心理感受，观察病人情绪变化，及时给予帮助和指导。耐心解答病人的疑问，鼓励其积极配合治疗和护理。

### (五) 健康指导

教会孕妇自我监测胎动变化，有异常及时报告。摄入富含铁、蛋白质、维生素的饮食，以纠正贫血，增强抵抗力。注意外阴清洁，防止产后感染。做好计划生育，避免多产、多次刮宫导致子宫内膜损伤或子宫内膜炎。加强产前检查，对妊娠期出血，不论量多少均应及时就诊，做到及时诊断及时处理。

**【启发思考】举例：**27岁已婚妇女，孕2产0，孕34周，无诱因阴道出血3小时入院。出血量比月经量少，不伴腹痛。检查：一般情况好，血压120/80mmHg，无宫缩，胎位枕左前，胎心率142次/分钟。

该孕妇出血的原因最可能是什么？为进一步确诊，应做哪项检查？应采取哪些护理措施？

(1) 前置胎盘。

(2) B超检查。

(3) 护理措施。注意阴道出血的量、颜色，准确估计出血量；观察生命体征，发生异常及时报告医生；嘱孕妇绝对卧床休息，禁止阴道检查及肛查，腹部检查时动作须轻柔，防止便秘，以减少出血机会；遵医嘱给予镇静剂、止血药和宫缩抑制剂等药物；随时做好输液、输血和终止妊娠的准备。



## 高考链接

**【例1】**(2013年高考题)前置胎盘的主要症状是( )。

- A. 妊娠晚期无痛性阴道流血
- B. 妊娠早期无痛性阴道流血
- C. 妊娠早期腹痛伴阴道流血
- D. 妊娠晚期腹痛伴阴道流血

**【分析】**前置胎盘的主要症状是在妊娠晚期或临产前出现无痛性、无诱因、反复阴道流血。其出血时间和出血量与类型有关系。完全性前置胎盘出血时间早，出血量多且频繁。

**【答案】**A

**【例2】**(2014年高考题)前置胎盘期孕妇行期待疗法的条件是( )。

- A. 妊娠不足36周阴道流血不多
- B. 妊娠37周阴道流血多
- C. 中央型前置胎盘
- D. 妊娠40周阴道出血多

**【分析】**前置胎盘的治疗有期待疗法和终止妊娠，其中期待疗法的条件是出血量不多，妊娠不足36周、胎儿存活者采用。

**【答案】**A

## 第五小节 胎盘早剥



### 考纲要求

理解胎盘早剥的护理诊断、处理原则。



### 知识梳理

#### 一、概念和分类

妊娠 20 周后或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全部从子宫壁剥离，称为**胎盘早期剥离**，简称胎盘早剥，是妊娠晚期的一种严重并发症，往往起病急，进展快，如不及时处理，可威胁母儿生命。**主要病理变化是底蜕膜出血**，可分 3 种类型：**显性出血、隐性出血、混合性出血**。

#### 二、护理评估

##### （一）健康史

详细了解有无以下发病因素：妊娠期高血压疾病、慢性肾炎等**血管病变**；腹部受到撞击、挤压、摔伤，外转胎位术等机械性因素；孕妇长时间仰卧位使子宫静脉压突然升高；子宫腔内压力骤降，如羊水过多破膜时羊水急速流出、双胎妊娠第一个胎儿娩出过快。

##### （二）身体状况

妊娠晚期或分娩期突然发生腹部持续性疼痛，伴有或不伴有阴道流血是胎盘早剥病人的主要症状。并发症：如早剥面积超过胎盘面积的 1/2，胎儿多因严重宫内窘迫而死亡。病情严重时可发生子宫胎盘卒中、弥散性血管内凝血、产后出血、肾功能衰竭等并发症。

#### 三、处理要点

以纠正休克、及时终止妊娠，防止并发症为处理原则。根据病情的严重程度、胎儿宫内状况及宫口开大情况等决定阴道分娩或剖宫产。

#### 四、护理诊断

- （1）组织灌注无效（外周）：与胎盘隐性剥离大量出血导致休克有关。
- （2）潜在并发症：弥散性血管内凝血、肾功能衰竭、胎儿窘迫。
- （3）焦虑：与担心自身及胎儿安危有关。
- （4）预感性悲哀：与胎儿死亡、子宫切除有关。

#### 五、护理措施

##### （一）制止出血，防治休克

（1）严密观察生命体征并记录，注意宫底高度、子宫压痛、子宫壁的紧张度、阴道出血量、颜色、准确评估失血量，如出现休克征象，立即配合医生抢救。

（2）重型胎盘早剥，做好手术治疗的术前准备。

（3）胎儿娩出后遵医嘱及时给予宫缩剂，按摩子宫，预防产后出血；如发生子宫胎盘卒中，

经按摩子宫、注射子宫收缩剂后仍松弛不收缩,做好输血和切除子宫的护理配合。

## (二) 防治并发症

如发现病人皮下粘膜或注射部位出血、子宫出血不凝,有尿血、咯血及呕血等现象应考虑凝血功能障碍;病人尿少或无尿,应警惕急性肾功能衰竭,立即报告医生并积极配合抢救。定时听胎心,有条件者行电子监护仪监护。嘱孕妇取左侧卧位休息,吸氧,提高胎儿的血氧供应。有胎儿窘迫征象、经处理不见好转者,立即做好剖宫产准备。

## (三) 消除焦虑

稳定孕妇及家属的情绪,介绍病情及采取的治疗措施,解答疑问,精神安慰,鼓励增强信心,积极配合治疗。

## (四) 提供情感支持

对胎儿死亡甚至遭受子宫切除的病人,应表示同情、理解,多陪伴病人,建立融洽的护患关系,解除病人及家属的误解和顾虑,消除心理障碍,使其尽快走出阴影,接受现实,恢复正常心态。

## (五) 健康指导

注意休息,加强营养,促使身体早日康复。保持外阴清洁,预防感染。加强产前检查,预防和及时治疗妊娠期高血压疾病、慢性肾炎等诱因,妊娠晚期避免腹部受伤及长时间仰卧,预防胎盘早剥发生。

**【启发思考】举例:**赵女士,29岁,孕2产0,妊娠35周,因重度子痫前期入院,给予解痉、镇静、降压等治疗24小时,病情无明显好转,3小时前出现持续性腹痛,阴道少量出血。体格检查:面色苍白,心肺听诊无异常,体温36.5℃,脉搏100次/分钟,呼吸22次/分钟,血压130/100mmHg。腹部检查:宫高38cm,腹围102cm,子宫硬如板状,压痛明显,胎位触不清,胎心听不清。

你想到了什么?怎样处理及护理?

### (1) 胎盘早剥。

### (2) 处理原则:在迅速补充血容量防治休克的同时尽快剖宫产。

护理要点:迅速建立静脉通道,输液输血补充血容量;严密观察生命体征变化;做好急诊剖宫产的准备;做好术中、术后的观察和处理。



## 反馈训练

### 一、选择题

- 发生异位妊娠,最常见的部位是( )。
  - 卵巢
  - 宫颈
  - 腹腔
  - 输卵管
- 关于重型胎盘早剥,下列正确的是( )。
  - 多发生在分娩期
  - 出现无痛性无诱因的阴道流血
  - 多见于妊高征孕妇
  - 阴道流血量与贫血程度成正比
- 先兆流产最早出现的症状是( )。
  - 停经
  - 子宫停止增大
  - 持续性腹痛
  - 少量阴道流血
- 预防子痫发作,错误的护理措施是( )。
  - 嘱病人绝对卧床休息
  - 保持病房光线充足
  - 保持环境安静
  - 各项操作集中进行

5. 妊高征孕妇于妊娠晚期突然出现腹痛伴有少量阴道流血, 最大可能是 ( )。
  - A. 早产
  - B. 不完全性子宫破裂
  - C. 前置胎盘
  - D. 胎盘早期剥离
6. 中、重度妊高征治疗原则首选 ( )。
  - A. 降压
  - B. 镇静
  - C. 解痉
  - D. 利尿
7. 治疗中、重度妊高征首选药物是 ( )。
  - A. 吗啡
  - B. 地西泮
  - C. 冬眠合剂
  - D. 硫酸镁
8. 妊娠 8 周发生难免流产, 治疗原则是 ( )。
  - A. 用缩宫素催产
  - B. 妊娠试验阳性可保胎
  - C. 流血少者可等待胚胎自然排出
  - D. 立即刮宫
9. 异位妊娠病人就诊的主要症状是 ( )。
  - A. 停经
  - B. 腹痛
  - C. 阴道流血
  - D. 恶心、呕吐
10. 李女士, 30 岁, 停经 48 天, 阴道流血 8 天, 量少伴轻微腹痛, 首先考虑 ( )。
  - A. 难免流产
  - B. 先兆流产
  - C. 不完全流产
  - D. 宫外孕
11. 刘女士, 30 岁, 停经 50 天, 阴道流血 1 天, 血量多于月经, 鲜红色, 伴有下腹部坠痛。内诊子宫增大如孕 50 天大小, 宫颈内口可容 1 指, 阴道有活动性出血, 妊娠试验 (+) 性, 此妇女诊断最大可能性是 ( )。
  - A. 宫外孕
  - B. 先兆流产
  - C. 过期流产
  - D. 难免流产
12. 可确诊输卵管妊娠流产或破裂的辅助检查是 ( )。
  - A. 妊娠试验
  - B. 腹部检查
  - C. 血常规检查
  - D. 后穹窿穿刺
13. 妊高征患者发生抽搐时, 首要的护理措施是 ( )。
  - A. 使病人取头低侧卧位
  - B. 加床档, 防止受伤
  - C. 观察病情, 详细记录
  - D. 用舌钳固定舌头, 防止舌咬伤及舌后坠, 保持呼吸道通畅
14. 诊断前置胎盘较安全可靠的方法是 ( )。
  - A. 阴道检查
  - B. 肛门检查
  - C. B 超检查
  - D. 放射线检查
15. 异位妊娠出血性休克病人, 下列处理不妥的是 ( )。
  - A. 做好术前准备
  - B. 保暖
  - C. 氧气吸入
  - D. 采取头低位
16. 先兆流产与难免流产的主要鉴别点是 ( )。
  - A. 阴道流血时间长短
  - B. 子宫大小是否与孕周相符
  - C. 宫口开大与否
  - D. 下腹疼痛程度
17. 前置胎盘孕妇临床主要表现为 ( )。
  - A. 发生在妊娠晚期
  - B. 贫血程度与失血量成正比
  - C. 子宫大小与停经月份相符
  - D. 无痛性无诱因反复阴道流血
18. 硫酸镁中毒反应, 首先表现为 ( )。
  - A. 尿量减少
  - B. 呼吸减慢
  - C. 心跳骤停
  - D. 膝反射消失
19. 王女士, 30 岁, 孕 12 周, 下腹阵发性疼痛, 阴道排出一大块肉样组织, 仍有阴道大量出血, 呈贫血貌。妇科检查: 宫口已开, 子宫较孕周小。诊断首先考虑可能为 ( )。
  - A. 稽留流产
  - B. 先兆流产
  - C. 不全流产
  - D. 难免流产
20. 异位妊娠最常见的原因是 ( )。

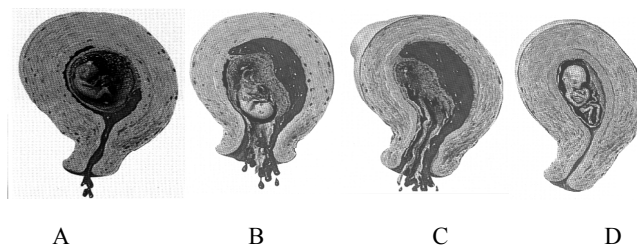
- A. 输卵管发育异常  
B. 慢性输卵管炎  
C. 输卵管结扎再通术后  
D. 盆腔肿瘤压迫输卵管
21. 妊高征最基本的病理生理变化为 ( )  
A. 高血压 B. 蛋白尿 C. 水肿 D. 全身小动脉痉挛
22. 抢救硫酸镁中毒的药物是 ( )  
A. 咖啡因 B. 洛贝林 C. 可拉明 D. 10%葡萄糖酸钙 10mL
23. 妊高征易发生在 ( ) 以后。  
A. 孕 8 周 B. 孕 16 周 C. 孕 20 周 D. 孕 24 周
24. 为防止前置胎盘患者继续流血, 禁止做 ( )  
A. 肛查 B. B 超 C. 听诊胎心 D. 腹部触诊检查

## 二、简答题

1. 叙述输卵管妊娠病人腹痛的特点。
2. 简述宫外孕保守治疗患者的护理。
3. 简述应用硫酸镁治疗妊高征时的注意事项。
4. 叙述妊高征的分类及临床表现。
5. 简述先兆早产孕妇的护理措施。
6. 简述子痫的急救措施。

## 三、视图题

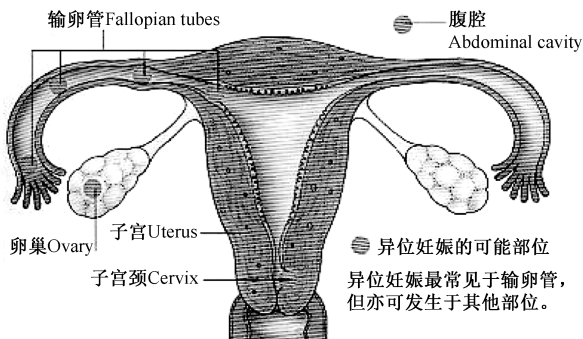
## 1. 视图 1



视图 1

根据图示, 分别写出几种流产的名称, 并对名词加以解释。

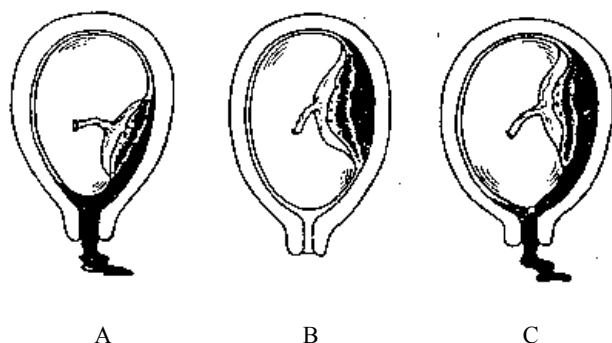
## 2. 视图 2



视图 2

根据图示，写出异位妊娠的部位有哪些和最常见的部位。

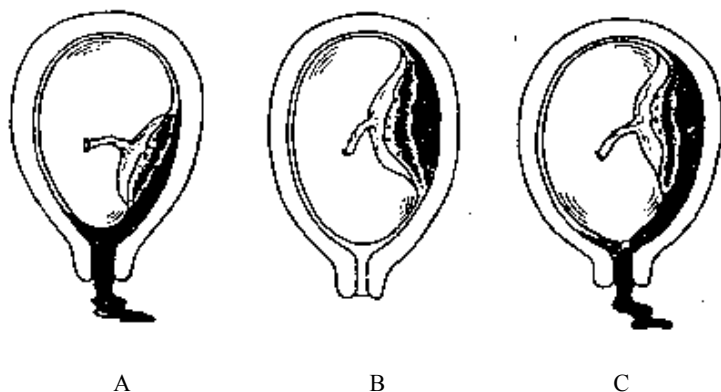
3. 视图 3



视图 3

A、B、C 图是胎盘早剥的 3 种类型，请分别写出 A、B、C 分别为哪三类。什么是胎盘早剥？胎盘早剥有哪些严重并发症？

4. 胎盘早剥的图换成前置胎盘的图



视图 4

A、B、C 图是前置胎盘的 3 种类型，什么是前置胎盘？请分别写出 A、B、C 分别为哪三类，并分别加以解释。发病特点有什么区别？

#### 四、综合分析题

1. 陈女士，27 岁，停经 30 周，因阴道流血 1 天收入院。患者于 1 日前无明显诱因出现阴道流血，量较多无腹痛。入院检查：孕妇一般状态好，血压 16/12kPa，脉搏 84 次/分，胎心 140 次/分。B 超提示为前置胎盘。

(1) 说出治疗原则及依据。

(2) 应采取哪些护理措施？

2. 赵女士，28 岁，停经 42 天，今中午突感下腹撕裂样疼痛伴晕厥而急诊入院。检查：失血性面容，血压 80/50mmHg，脉搏 120 次/分，腹部有压痛、反跳痛，宫颈举痛(+)，阴道后穹窿穿刺抽出暗红色、不凝固血液。

(1) 说出处理原则。

(2) 应采取哪些护理措施？

3. 女性，27岁。停经52天，阴道出现点滴出血，经检查以“先兆流产”入院保胎治疗。

(1) 保胎期间护士应重点注意和观察的内容有哪些？

(2) 应如何对其进行健康指导？

4. 初孕妇，23岁。妊娠34周，从未进行过产前检查。自述近一周头晕、头痛明显，检查示：血压160/110mmHg，尿蛋白(++)。

(1) 该孕妇发生了什么情况？治疗时首选的药物是什么？

(2) 使用该药物时的注意事项有哪些？

5. 初孕妇，24岁。妊娠32周时因意外碰撞出现持续性腹痛。查体：子宫硬如板状，有压痛，宫底高度大于妊娠周数，无阴道出血，胎心、胎动消失。诊断为胎盘早剥。

(1) 此时正确的处理措施是什么？

(2) 该病人最易出现的并发症是什么？

## 第五节 女性生殖系统炎症妇女的护理

### 第一小节 阴道炎症



#### 考纲要求

掌握阴道炎症病人的主要病因、护理评估、护理诊断、护理措施、治疗要点。



#### 知识梳理

#### 一、概述

##### (一) 病原体

(1) 细菌：化脓菌、杆菌、淋菌。

(2) 原虫：阴道毛滴虫最多见。

(3) 念珠菌：白色念珠菌多见。

(4) 病毒：HSV、CMV、HPV、HIV。

(5) 其他：支原体、衣原体。

##### (二) 感染途径

(1) 经淋巴系统蔓延：产褥感染、流产感染等的主要途径。

(2) 上行性蔓延：淋球菌、衣原体及葡萄球菌感染的主要途径。

(3) 血行传播：结核杆菌感染的主要途径。

(4) 直接蔓延：腹腔其他脏器感染后，直接蔓延到生殖器官。

##### (三) 滴虫阴道炎

滴虫阴道炎最常见，由阴道毛滴虫引起，可经性交直接传播，也可经公共浴池、浴盆浴巾、

游泳池、坐式便器、衣物、污染的器械及敷料等间接传播。传染途径有以下几种。

(1) 经性交直接传播。

(2) 经公共浴池、浴盆、浴巾、游泳池、坐式便器、衣物等间接传播。

(3) 医源性传播：通过污染的器械及敷料传播。念珠菌除寄生阴道外，还可寄生于人的口腔、肠道，这 3 个部位的念珠菌可互相自身传染，当局部环境条件适合时易发病。此外，少部分患者可通过性交直接传染或接触感染的衣物间接传染。

(四) 外阴阴道假丝酵母菌病

外阴阴道假丝酵母菌病又称外阴阴道念珠菌病，80%~90%的病原体为白假丝酵母菌，为条件致病菌，当阴道内糖原升高、酸度升高、免疫力下降时易发病。

(五) 老年性阴道炎

卵巢功能衰退，雌激素水平降低，阴道内 pH 升高，局部抵抗力下降，致病菌易于入侵繁殖。

## 二、护理评估

(一) 健康史

注意询问：有无不洁性生活史；与污染的公共浴池、浴盆、浴巾、游泳池、坐式便器、衣物及医疗器械等接触史；有无月经、性交、流产、分娩及尿液、粪便刺激、穿紧身化纤内裤等诱因；妊娠、糖尿病及接受雌激素或抗生素治疗史。

(二) 身体状况

外阴阴道炎症病人的共同特点是阴道分泌物增多，伴外阴瘙痒、灼热感、疼痛、性交痛等，波及尿道口可出现尿频、尿痛。

(1) 外阴炎：外阴瘙痒、疼痛、灼热感，检查局部充血水肿、糜烂、溃疡、湿疹、皲裂等。

(2) 前庭大腺炎：多为单侧，初期局部红肿、发热、压痛明显，脓肿形成时可有波动感。前庭大腺囊肿直径 > 6cm 时，外阴有坠胀感或性交不适。

(3) 滴虫阴道炎：典型白带呈灰黄色、稀薄泡沫状、有腥臭味。检查可见阴道粘膜充血，重者有散在的出血斑点，呈“草莓样”外观。因滴虫吞噬精子，可导致不孕。少数病人有滴虫存在但无炎症表现，称为带虫者。

(4) 外阴阴道假丝酵母菌病：突出症状是外阴奇痒；典型白带呈白色稠厚凝乳状或豆渣样；检查可见阴道粘膜有白色膜状物粘附，擦除后露出红肿粘膜面，有时可见糜烂或浅表溃疡。

(5) 老年性阴道炎：典型白带为稀薄水样、淡黄色，严重者呈黄色脓性或脓血性；检查见阴道粘膜萎缩、菲薄，充血，有散在小出血点或浅表溃疡，严重时造成阴道狭窄甚至闭锁。

(三) 心理-社会状况

病人因外阴局部不适而影响工作、睡眠和性生活而产生情绪低落、焦虑，因易复发、久治不愈、担心被人歧视而忧心忡忡，未婚或绝经后病人更易因害羞不愿来妇科就诊。

(四) 辅助检查

取阴道分泌物检查，查见滴虫、假丝酵母菌、白细胞或脓细胞可诊断并鉴别阴道炎

## 三、处理要点

(1) 切断传播途径，消除诱因。

(2) 阴道冲洗，恢复阴道的自净作用。



(3) 杀灭病原体,局部用药或与全身治疗结合,前庭大腺脓肿、囊肿病人行切开引流或造口术。

#### 四、护理诊断

- (1) 组织完整性受损:与炎症刺激、搔抓或用药不当有关。
- (2) 焦虑:与治疗效果不佳有关。
- (3) 知识缺乏:缺乏预防和治疗疾病的相关知识。

#### 五、护理措施

##### 1. 指导治疗,促进修复

(1) 协助病人做阴道分泌物悬滴检查,告知取分泌物前 24~48 小时避免性生活、阴道灌洗和局部用药。

外阴擦洗、阴道灌洗:滴虫和老年性阴道炎病人用 1%乳酸或 0.5%醋酸溶液冲洗阴道,增强阴道防御能力;假丝酵母菌病病人用 2%~4%碳酸氢钠溶液冲洗阴道,抑制假丝酵母菌生长。

阴道局部用药:滴虫和老年性阴道炎病人用甲硝唑阴道泡腾片 200mg 阴道内塞药,每晚 1 次,7~10 日为 1 疗程。假丝酵母菌病用咪康唑、克霉唑或制霉菌素栓剂,老年性阴道炎用小剂量己烯雌酚阴道给药,用法同上。月经期暂停用药。

(2) 假丝酵母菌病的治疗。 消除诱因:治疗糖尿病;及时停用广谱抗生素、雌激素、类固醇激素;勤换内裤,并与洗浴用具开水烫洗、暴晒。 2%~4%碳酸氢钠液冲洗阴道,改变阴道酸碱度,造成不利于念珠菌生长的条件。 应用杀菌剂:局部用药、全身用药。 顽固性病例:积极治疗糖尿病,考虑是否同时合并滴虫感染。

**局部用药。**可选用下列药物放于阴道内:咪康唑栓剂,每晚 1 粒(200mg),连用 7 日;克霉唑栓剂或片剂,每晚 1 粒(150mg)或 1 片(250mg),连用 7 日;制霉菌素栓剂或片剂,每晚 1 粒(10 万 U)或 1 片(50 万 U),连用 7~10 日。

**全身用药。**若局部用药效果差或病情较顽固者可选用下列药物:伊曲康唑每次 200mg,每日 1 次口服,连用 3~5 日;氟康唑 150mg,顿服;酮康唑每次 200~400mg,每日 1 次口服,连用 5 日。此药损害肝脏,用药前及用药中应监测肝功能,有肝炎病史者禁用,孕妇禁用。

(3) 老年性阴道炎:为增加阴道抵抗力及抑制细菌的生长,增加阴道抵抗力。 增加阴道酸度; 甲硝唑 200mg 或氧氟沙星 100mg,放于阴道深部,每日 1 次; 增加阴道抵抗力,炎症较重者,需应用雌激素制剂; 手术治疗,前庭大腺脓肿病人及时切开引流,前庭大腺囊肿病人行囊肿造口术。

##### 2. 缓解焦虑

关心、理解病人,告知病人坚持按医嘱规范治疗即可治愈,缓解焦虑。

##### 3. 知识宣教

增强自我保健意识,切断传播途径,注意局部清洁卫生,消除诱因。治疗期间禁止性生活,性伴侣应同时治疗。

##### 4. 健康指导

保持外阴清洁、干燥,注意性卫生;治疗期间避免饮酒及辛辣食物;外阴瘙痒时禁用刺激性药物、肥皂擦洗或搔抓;用药前洗净双手及会阴,将外阴清洗专用盆、毛巾、内裤等煮沸消毒;

避免到游泳池、浴池等公共场所，以防交叉感染，穿透气性好的棉织品内裤。

**预防：**做好卫生宣传，积极开展普查普治工作，消灭传染源。严格管理制度，应禁止滴虫患者或带虫者进入游泳池。浴盆、浴巾等用具应消毒。医疗单位必须做好消毒隔离，防止交叉感染。

## 第二小节 慢性宫颈炎



### 考纲要求

理解慢性宫颈炎病人的病因及发病机制、护理评估、护理诊断、护理措施及治疗要点。



### 知识梳理

慢性宫颈炎是妇科最常见的疾病。多于分娩、流产或手术损伤宫颈后，病原体侵入引起感染。病原体主要为细菌，目前沙眼衣原体及淋病奈瑟菌感染引起的慢性宫颈炎亦日益增多，单纯疱疹病毒亦与慢性宫颈炎有关。由于宫颈粘膜皱襞多，感染不易彻底清除，往往形成慢性宫颈炎。

#### 一、病理分类及分度

(1) 宫颈糜烂：最常见，分为：单纯型、颗粒型、乳头型。

宫颈糜烂的分度如下。

轻度（度）：糜烂面小于整个宫颈面积的  $1/3$ 。

中度（度）：糜烂面占整个宫颈面积的  $1/3 \sim 2/3$ 。

重度（度）：糜烂面占整个宫颈面积的  $2/3$  以上。

(2) 宫颈肥大。

(3) 宫颈息肉。

(4) 宫颈腺囊肿。

(5) 宫颈粘膜炎。

#### 二、护理评估

(一) 健康史

流产、分娩、妇科手术等造成宫颈损伤；不洁性生活、急性宫颈炎病史。

(二) 身体状况

**白带增多为主要症状**，呈乳白色粘液状或淡黄色脓性，可有血性白带。轻者多无不适感，严重时可有腰骶部疼痛和下腹坠痛，甚至性交后出血或不孕。妇科检查可见**宫颈有糜烂、肥大、息肉或宫颈腺体囊肿**。

(三) 心理-社会状况

怀疑癌变导致焦虑、恐惧，接受物理治疗或手术治疗时，由于对治疗过程缺乏了解而恐惧。

(四) 辅助检查

(1) 宫颈刮片：可筛查癌前病变及早期宫颈癌。

(2) 宫颈活检：可明确诊断宫颈病变。

### 三、处理要点

以局部治疗为主。

(1) **物理疗法**：是目前治疗宫颈糜烂最常用的有效治疗方法。常用激光、冷冻、微波及红外线凝结治疗，创面愈合需 3~4 周，病变较深者需 6~8 周。

(2) **药物治疗**：局部药物治疗适用于糜烂面积较小和炎症浸润较浅的病例。宫颈粘膜炎症可全身应用抗生素。

(3) **手术治疗**：宫颈息肉行息肉摘除术并送病检。宫颈腺体囊肿以微波或电灼破坏囊壁。

### 四、护理诊断

(1) 组织完整性受损：与宫颈糜烂有关。

(2) 焦虑：与病程长、担心癌变及不了解治疗过程有关。

### 五、护理措施

(1) 指导病人配合治疗，促进组织修复。

解释治疗的必要性及治疗方法，协助做宫颈刮片细胞学检查；指导病人局部治疗，说明物理治疗的注意事项；治疗时间选择在月经干净后 3~7 天；急性生殖器官炎症应列为禁忌；术后有阴道排出物较多，术后 1~2 周脱痂时可有少量出血，如出血多需急诊处理；术后保持外阴清洁，2 个月内禁止性生活和盆浴；一般于两次月经干净后复查。

(2) 缓解焦虑。

(3) 健康指导：积极治疗急性宫颈炎；定期妇科检查，发现炎症积极治疗，阻断癌前病变。

【启发思考】比较滴虫性阴道炎、念珠菌性阴道炎、老年性阴道炎。（从发病原因、传播方式、典型白带及其他表现、妇科检查所见、阴道冲洗液、治疗药物、辅助检查方法、预防措施等方面）

**举例**：病例 1：朱女士，25 岁，已婚。主诉白带多，外阴痒 5 天。白带多，臭味，伴外阴痒，偶尿频，尿痛。妇科检查：外阴已婚已产式，阴道壁充血，阴道内有较多淡黄色泡沫状分泌物，宫颈光滑。

请问：该病人可能患什么病？为什么会患病呢？

病例 2：程某，42 岁，已婚。患者主诉近日白带增多，有异味，呈凝块或豆腐渣样。同时伴有外阴的瘙痒，尤其是夜间加重。同时还伴有尿频、尿急、尿痛等尿路感染等症状。妇科检查：外阴呈地图样红斑，水肿、有抓痕。阴道粘膜水肿，红斑，有白色块状物。

请问：该病人可能患什么病？

病例 3：54 岁已婚妇女，已绝经 3 年。白带多伴外阴痒 2 周，白带呈黄色水样。

请问：该病人可能患什么病？



### 高考链接

【例 1】（2011 年高考题）关于滴虫性阴道炎描述正确的是（ ）。

A. 以外阴奇痒为主要症状

- B. 只能通过性生活传播
- C. 不易复发
- D. 阴道内有大量灰黄色泡沫状白带

【分析】滴虫性阴道炎既可以通过性交传播,也可以通过公共浴池、浴具、坐式便器、衣物、污染的器械及敷料等间接传播方式传播。以外阴奇痒为主要症状的是念珠菌性阴道炎,滴虫性阴道炎容易复发,滴虫性阴道炎的典型白带为稀薄、泡沫状、脓性、灰黄色或黄绿色、有臭味。

【答案】D

【例2】(2012年高考题)滴虫阴道炎的传染方法( )除外。

- A. 性生活
- B. 医疗器械
- C. 输血
- D. 坐便器

【分析】滴虫性阴道炎既可以通过性交传播,也可以通过公共浴池、浴具、坐式便器、衣物、污染的器械及敷料等间接传播方式传播。

【答案】C

【例3】(2013年高考题)外阴阴道假丝酵母菌病的诱因不包括( )。

- A. 糖尿病
- B. 外阴、阴道手术
- C. 妊娠
- D. 长期应用抗生素

【分析】假丝酵母菌(白色念珠菌)性阴道炎常有以下因素:大量使用广谱抗生素、妊娠、糖尿病、使用雌激素或免疫抑制剂治疗、机体抵抗力下降等。

【答案】B

【例4】(2013年高考题)慢性宫颈炎的治疗方法是( )。

- A. 中药治疗
- B. 微波治疗
- C. 手术治疗
- D. 口服抗生素

【分析】物理治疗是目前治疗宫颈糜烂疗效最好、疗程最短的方法。原理:以各种物理方法将宫颈糜烂面单层柱状上皮破坏,使其坏死脱落后,新生的鳞状上皮覆盖宫颈表面常用微波、激光、冷冻及红外线凝结等方法。

【答案】B



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 关于宫颈重度糜烂,下列错误的是( )。
  - A. 首先做宫颈刮片细胞学检查
  - B. 物理治疗效果更好
  - C. 月经前可做电烫、激光治疗
  - D. 理疗、中西药及手术综合治疗
2. 外阴奇痒,白带呈豆腐渣样,最可能的诊断是( )。
  - A. 念珠菌性阴道炎
  - B. 滴虫性阴道炎
  - C. 慢性宫颈炎
  - D. 老年性阴道炎
3. 预防滴虫性阴道炎不妥的是( )。
  - A. 提倡淋浴,公厕选择蹲厕
  - B. 及时发现和治疗带虫者
  - C. 勿互用内衣裤
  - D. 做好保护性隔离
4. 阴道内大量稀薄泡沫状分泌物见于( )。
  - A. 老年性阴道炎
  - B. 盆腔炎
  - C. 念珠菌性阴道炎
  - D. 滴虫性阴道炎
5. 刘女士,48岁,因胆道感染入院。应用抗生素10天,近3日外阴瘙痒明显,检查发现阴

- 道粘膜发红,有白色膜状物,擦除后露出红肿粘膜面,最可能是( )。
- A.念珠菌性阴道炎 B.滴虫性阴道炎  
C.慢性宫颈炎 D.老年性阴道炎
- 6.关于念珠菌性阴道炎,下列叙述不正确的是( )。
- A.主要通过性交直接传染 B.孕妇容易发病  
C.糖尿病患者容易发病 D.选用抗真菌药物治疗
- 7.慢性宫颈炎病理变化中,最常见的是( )。
- A.宫颈糜烂 B.宫颈息肉  
C.宫颈肥大 D.宫颈腺体囊肿
- 8.关于慢性宫颈炎,物理治疗中正确的是( )。
- A.治疗前肉眼检查排除宫颈癌  
B.除月经期外都可进行治疗  
C.治疗后2周阴道分泌物多,可行坐浴  
D.物理疗法是目前治疗宫颈糜烂疗效较好、疗程最短的方法
- 9.滴虫性阴道炎的治愈标准是( )。
- A.白带涂片检查阴性即为治愈  
B.月经前后复查白带连续3次阴性  
C.治疗后复查白带连续3次阴性  
D.月经干净后复查白带连续3次阴性
- 10.滴虫性阴道炎直接传染的方式是( )。
- A.性交 B.公共浴池  
C.游泳池 D.坐式马桶
- 11.老年性阴道炎进行阴道灌洗常用的药液是( )。
- A.1%乳酸 B.2%~4%碳酸氢钠  
C.0.1%苯扎溴铵 D.0.1%呋喃西林
- 12.关于念珠菌性阴道炎的护理措施,下列错误的是( )。
- A.嘱患者注意外阴清洁及用物的消毒 B.鼓励病人坚持治疗  
C.1%乳酸阴道灌洗,提高阴道抵抗力 D.2%~4%碳酸氢钠液阴道灌洗
- 13.钱女士,65岁,近半个月来阴道流黄水样分泌物,有时带血,经检查排除恶性肿瘤,下列可能性大的是( )。
- A.滴虫性阴道炎 B.老年性阴道炎  
C.宫颈糜烂 D.宫颈息肉
- 14.姜女士,经检查发现宫颈糜烂面占宫颈面积的2/3,最有效的治疗方法是( )。
- A.物理治疗 B.宫颈切除  
C.口服抗生素 D.局部用消炎药
- 15.关于宫颈糜烂,下列正确的是( )。
- A.以物理治疗为主 B.分为Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度  
C.分为单纯型和颗粒型两型 D.宫颈腺体囊肿与宫颈糜烂无关
- 16.于女士,36岁,近几天感到外阴瘙痒,白带增多,呈稀薄状且有腥臭味,应建议她到医

院做( )。

A. 阴道分泌物悬滴检查

B. 子宫颈刮片

C. 子宫颈管涂片

D. 阴道侧壁涂片

17. 滴虫性阴道炎, 治疗期间注意事项不对的是( )。

A. 治疗期间避免性交

B. 被褥、内裤勤洗晒

C. 已婚男女同时治疗

D. 白带检查阴性为治愈

18. 关于慢性盆腔炎的临床表现, 下列不妥的是( )。

A. 下腹部及腰骶部酸痛, 常于月经期、劳累后加重

B. 常有月经失调、经量增多、痛经

C. 一般不影响受孕

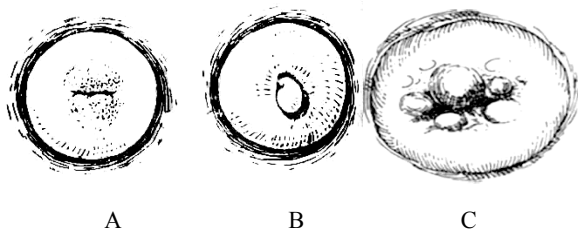
D. 妇科检查子宫呈后位, 活动受限

## 二、简答题

1. 对慢性宫颈炎物理治疗病人如何进行健康指导?

2. 比较常见的几种阴道炎临床表现上的异同点。

## 三、视图题



A

B

C

关于慢性宫颈炎的病理类型, 图中3种分别为( ) ( ) ( ), 另外还有( ) ( )。其中, 宫颈糜烂是如何分度和分型的?

## 四、综合分析题

1. 邢女士, 31岁, 1周前无明显诱因出现外阴瘙痒, 阴道分泌物增多, 白色稠厚豆渣样, 检查可见小阴唇内侧及阴道粘膜上附着白色膜状物, 擦除后露出红肿粘膜面。行悬滴法检查, 见到假菌丝。请叙述护理措施及健康指导内容。

2. 女性, 32岁。自述最近1周阴道分泌物明显增多, 有臭味, 伴外阴瘙痒。医嘱给予1%乳酸溶液阴道灌洗、甲硝唑口服加阴道局部使用。

(1) 为评估阴道分泌物的性质, 护士收集资料的方法是什么? 其结果是什么?

(2) 如何对该女士进行用药指导?

3. 女性, 30岁。主诉白带增多, 有时伴有腰骶部酸痛, 妇科检查见宫颈外口细颗粒状红色区占宫颈面积的2/3。

(1) 为排除宫颈癌, 需要进行的辅助检查是什么?

(2) 该疾病主要的治疗方法是什么?

(3) 治疗前后的注意事项有哪些?

## 第六节 女性生殖系统肿瘤妇女的护理

### 第一小节 子宫颈癌



#### 考纲要求

掌握宫颈癌病人的主要病因、护理评估、护理诊断、护理措施、治疗要点。



#### 知识梳理

子宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤，年龄分布呈双峰状，35~39岁和60~64岁，平均52.2岁。宫颈癌好发于宫颈外口的鳞-柱上皮交界处，生长方式有外生型（菜花型）、内生型（浸润型）、溃疡型和颈管型4种类型。

病理特点：鳞癌最常见（80%~85%）；其次为腺癌（约15%）。病变早期子宫颈外观正常或类似子宫颈糜烂，随病变发展表现为外生型（菜花型）、内生型（浸润型）、溃疡型和颈管型4种类型。

宫颈癌发生发展过程：宫颈上皮内瘤样病变（CIN）—镜下早期浸润癌—浸润癌。CIN包括宫颈不典型增生及原位癌。

转移途径主要通过直接蔓延和淋巴转移，晚期可能发生血行转移。

#### 一、病因病理

##### （一）发病相关因素

（1）人乳头瘤病毒（HPV）感染：是宫颈癌的主要危险因素，接近90%的宫颈上皮内瘤变和99%以上的子宫颈癌组织发现有高危型HPV感染，其中约70%与HPV16、18亚型相关。

（2）性行为 and 分娩次数：多个性伴侣、初次性生活<16岁、早育、多产等。有阴茎癌、前列腺癌或其前妻曾患有子宫颈癌者均为高危男子，与高危男子有性接触的妇女也易患宫颈癌。

##### （二）病理

子宫颈癌多发生在宫颈外口鳞-柱状上皮交接处。子宫颈癌的发生和发展是一个缓慢的过程，按其发展过程可分为不典型增生（癌前病变）—原位癌—浸润癌3个阶段。

其中不典型增生和原位癌合称为宫颈上皮内瘤变（CIN），CIN I 又分为3级（CIN II 轻度异型，CIN III 包括重度异型和原位癌）。一般认为，子宫颈癌有较长癌前病变阶段，通常从CIN发展为浸润癌需要10~15年，因此对子宫颈癌的早期发现、早期诊断、早期治疗是提高病人5年存活率的关键。

子宫颈癌75%~80%为鳞癌，腺癌占20%~25%。病变早期子宫颈外观正常或类似子宫颈糜烂，随病情发展表现为外生型（菜花型）、内生型（浸润型）、溃疡型和颈管型4种类型。转移途径以直接蔓延和淋巴转移为主，晚期可发生血行转移，极少见。

#### 二、护理评估

##### （一）健康史

（1）生育情况：性生活紊乱、早婚、早育、多产及伴宫颈糜烂者发病率增高。

(2) 与高危男子性接触史。

(3) 病毒感染：通过性生活感染 HPV、单纯疱疹病毒 型、人类巨细胞病毒。

(4) 环境因素：经济状况低下、种族和地理因素亦与发病有关。

## (二) 身体状况

(1) 阴道流血：早期病人可出现**接触性出血**。以后可表现为不规则阴道出血或大量出血。

(2) 阴道排液：白色或血性，稀薄如水样或米泔样，有腥臭。

(3) 压迫和转移症状：晚期病人可出现严重腰骶部或坐骨神经痛、下肢浮肿，浸润膀胱、直肠可出现相应的症状。

(4) 妇科检查：早期无明显体征，随着病情发展可呈现不同生长类型，晚期病人病灶有时浸润达盆壁，形成冰冻骨盆。

## (三) 心理-社会状况

确诊后病人感到震惊、恐惧，害怕死亡，病人会经历否认、愤怒、妥协、忧郁、接受的心理过程。

## (四) 辅助检查

(1) **宫颈刮片**：是筛查早期宫颈癌的主要方法。宫颈刮片细胞学检查巴氏染色，结果： 级正常； 级炎症； 级可疑癌； 级高度可疑癌； 级癌。

(2) 宫颈活检：是确诊宫颈癌最可靠的方法。

## 三、处理要点

根据病人的临床分期、年龄和全身情况确定治疗方案，以手术和放射治疗为主。

(1) 手术治疗：适用于 Ia ~ a 早期的病人。

(2) 放射治疗：适用于各期病人，尤其是不能耐受手术或晚期病人。

(3) 综合疗法：宫颈病灶较大、晚期或复发转移的病人，根据情况选择放疗、手术或化疗、综合疗法。

## 四、护理诊断

(1) 恐惧：与患癌瘤及害怕死亡有关。

(2) 慢性疼痛：与癌灶浸润或治疗创伤有关。

(3) 潜在并发症：排尿障碍、出血、感染等。

## 五、护理措施

### 1. 减轻恐惧心理

关心、陪伴病人，鼓励其宣泄内心感受；用合适的方式与病人沟通，缓解其心理压力，减轻恐惧。向病人及家属介绍有关宫颈癌的诊疗方法，可能出现的不适和有效的应对措施。解除病人疑虑，增强信心，积极配合治疗。

### 2. 缓解疼痛

观察病人疼痛的部位、程度及性质，向病人及家属解释疼痛原因，协助病人选择舒适体位。介绍缓解疼痛的方法，如深呼吸或看书、聊天、做手工等转移注意力；鼓励家属关心体贴病人。术后腹部切口疼痛重或晚期癌肿转移引起的疼痛，遵医嘱使用镇痛药。



### 3. 协助病人手术治疗, 促进康复

(1) 术前准备: 手术前 3 日选用消毒液消毒宫颈及阴道, 手术前日晚做清洁灌肠, 其余准备同一般腹部手术。

(2) 协助手术后康复: 宫颈癌的根治手术涉及范围广, 病人术后反应较大, 除按照腹部手术病人的护理常规观察并记录外, 还需特别注意保持尿管、腹腔引流管的通畅, 认真观察引流液的性状及引流量。腹腔引流管通常按医嘱于术后 48~72 小时取出。术后 7~14 日拔除尿管。拔除尿管前 3 日开始夹管, 每 2 小时开放 1 次, 定时间断放尿, 促进恢复正常排尿功能。督促病人于拔管后 1~2 小时排尿 1 次, 如不能自行排尿应及时处理。

(3) 放射治疗或化疗按相应护理措施执行。

### 4. 健康指导

(1) 术后随访。第 1 年内, 出院后 1 个月首次随访, 以后每 2~3 个月复查 1 次。第 2 年每 3~6 个月复查 1 次。第 3~5 年, 每半年复查 1 次。第 6 年开始, 每年复查 1 次。如有不适随时就诊。

(2) 普及防癌知识。宣传与宫颈癌发病有关的高危因素, 积极治疗宫颈炎, 提倡晚婚、晚育及少育, 开展性卫生教育。宣传定期进行防癌检查的重要性, 30 岁以上妇女到妇科门诊就诊时, 应常规接受宫颈刮片细胞学检查; 一般妇女每 1~2 年复查 1 次; 高危人群每半年接受 1 次妇科检查; 有接触性者出血者, 及时就诊, 警惕宫颈癌发生。

## 第二小节 子宫肌瘤



### 考纲要求

掌握子宫肌瘤病人的主要病因、护理评估、护理诊断、护理措施、治疗要点。



### 知识梳理

子宫肌瘤是女性生殖器官最常见的良性肿瘤, 由增生的平滑肌细胞和结缔组织构成。多发生在 30~50 岁的妇女。尸检发现 35 岁以上妇女约有 20% 左右患有子宫肌瘤。

### 一、分类

子宫体部肌瘤占 95%; 肌壁间肌瘤占 60%~70%; 浆膜下肌瘤占 20%~30%; 粘膜下肌瘤占 10%; 子宫颈部肌瘤占 5%。

### 二、护理评估

#### (一) 健康史

目前认为子宫肌瘤的发生可能与雌激素水平过高或长期刺激有关。

评估时注意询问病人年龄、月经史及婚育史, 发病情况及治疗经过。同时注意排除妊娠、功血及子宫恶性肿瘤所致的子宫出血。

#### (二) 身体状况

(1) 月经改变: 最常见, 多表现为经量增多, 经期延长。

(2) 下腹部包块。

(3) 贫血。

(4) 压迫症状。

(5) 不孕或流产。

(6) 其他症状：白带增多；腹痛。

(7) 妇科检查：子宫不规则增大或均匀性增大，表面可有结节状突起，质硬；有时可见粘膜下肌瘤可脱出于宫颈口或阴道内。

### (三) 心理及社会状况

病人首先担心肌瘤恶变，随之因如何选择治疗方案而感觉无助，或因需要手术治疗而恐惧不安。

### (四) 辅助检查

**B 超检查最常用**，可确定肌瘤大小、数目及部位；探宫腔及诊断性刮宫；必要时可选择子宫镜、腹腔镜等检查。

## 三、处理要点

(1) 随访观察：适用于肌瘤较小，无症状，尤其是近绝经者。

(2) 药物治疗：子宫小于 2 个月妊娠子宫大小，症状较轻，近绝经期或身体情况不宜手术治疗者。常用药物有雌激素、米非司酮等。

(3) 手术治疗：适用于肌瘤超过 2.5 个月妊娠子宫大小或症状明显、继发贫血者。手术方法有肌瘤切除术及子宫切除术。

(4) 其他：近年临床开展有子宫动脉栓塞术、子宫肌瘤射频消融术等，有保留子宫、恢复快等优点。

## 四、护理诊断

(1) 焦虑：与缺乏子宫肌瘤的相关知识，担心治疗效果不佳及手术切除子宫后影响生理功能有关。

(2) 活动无耐力：与长期月经量过多导致贫血有关。

(3) 有感染的危险：与阴道流血及手术有关。

## 五、护理措施

### 1. 提供信息，增强信心

与病人建立良好护患关系，了解病人相关知识需求，向病人及家属解释子宫肌瘤是良性肿瘤，手术治疗不切除卵巢，不会影响生活质量及性功能，纠正病人的错误认识，消除顾虑；同时解释子宫肌瘤的临床特点、治疗方案及预后，允许病人参与自己的护理和治疗方案的决策，增强病人信心，使其主动接受和配合检查与治疗。

### 2. 纠正贫血，精心护理

(1) 注意休息，补充营养及含铁丰富的食物，遵医嘱补充铁剂，必要时输血。

(2) 注意病人月经变化，正确评估出血量；按照医嘱给予止血药、子宫收缩剂及抗生素以止血并预防感染。

(3) 对需手术治疗者按腹部或阴道手术进行术前准备及术后护理。

(4) 嘱保守治疗的病人按时随访，向病人讲明用药的目的、剂量、方法及因雌激素减少所致

的潮热、出汗、阴道干燥等副反应。

(5) 若保守治疗无效或肌瘤发生继发性变性时应及时到医院检查。

### 3. 健康指导

告知病人子宫肌瘤是良性肿瘤, 保守治疗者每 3~6 个月随访 1 次, 若肌瘤继续增大或出现明显症状应手术治疗。雄激素治疗每月剂量不超过 300mg, 以免出现男性化的副作用。手术治疗者术后注意休息, 1 个月后复诊。

【启发思考】子宫肌瘤病人身体状况有哪些特点?

月经改变; 下腹部包块; 贫血; 压迫症状; 不孕或流产; 其他症状: 白带增多, 腹痛。妇科检查: 子宫不规则增大或均匀性增大, 表面可有结节状突起, 质硬; 有时可见粘膜下肌瘤可脱出于宫颈口或阴道内。

## 第三小节 卵巢肿瘤



### 考纲要求

理解卵巢肿瘤病人的病因及发病机制、护理评估、护理诊断、护理措施及治疗要点。



### 知识梳理

卵巢肿瘤是女性生殖器常见肿瘤。卵巢恶性肿瘤是女性生殖器三大恶性肿瘤之一。卵巢肿瘤可发生于任何年龄, 有良性、交界性及恶性之分, 幼女和老年性妇女的卵巢肿瘤多为恶性。由于卵巢位于盆腔深部, 不易扪及, 早期无明显症状, 恶性肿瘤病人就医时多已属晚期, 预后差, 其死亡率居妇科恶性肿瘤第一位。卵巢组织复杂, 是全身各脏器肿瘤类型最多的部位。**常见的良性肿瘤有浆液性囊腺瘤、粘液性囊腺瘤和成熟畸胎瘤。**粘液性囊腺瘤可形成体内巨大肿瘤。恶性肿瘤以浆液性囊腺癌最多见。**卵巢恶性肿瘤的转移途径主要是直接蔓延及腹腔种植,**其次是淋巴转移, 血行转移较少见。

## 一、卵巢肿瘤组织学分类

**卵巢上皮肿瘤: 最常见,**占 60%~70%浆液性和粘液性囊腺瘤。

生殖细胞肿瘤: 占 20%~40%, 好发于青少年及儿童。以成熟畸胎瘤(皮样囊肿)和未成熟畸胎瘤(恶性)多见。

性索间质肿瘤: 约占 5%, 其中颗粒细胞瘤和卵泡膜细胞瘤能产生雌激素, 又称功能性肿瘤。

转移性肿瘤: 占 5%~10%, 原发部位常为胃肠道、乳腺及生殖器官, 预后差, 如库肯勃瘤。

卵巢瘤样病变: 属卵巢非赘生性囊肿, 以滤泡囊肿和黄体囊肿多见, 常为单侧, 直径不超过 5cm, 可能自行消失。

## 二、护理评估

### (一) 健康史

卵巢肿瘤的病因不明, 可能与遗传、高胆固醇饮食及内分泌因素有关。注意询问发现时间、

家族史、居住环境及饮食习惯。

## （二）身体状况

### 1. 症状

早期一般无症状，多在普查中偶尔发现，随肿瘤增大，可出现下腹部不适、腹胀、腹痛，可有压迫症状，如尿频、便秘、气急、心悸等。较少影响月经。恶性肿瘤病人晚期出现腹胀、腹水、发热、消瘦等。

### 2. 妇科检查

可发现子宫旁囊性或实性包块；表面光滑或高低不平；活动或固定不动。

### 3. 卵巢良、恶性肿瘤的鉴别

卵巢良、恶性肿瘤的鉴别如表 8-4 所示。

表 8-4 卵巢良、恶性肿瘤的鉴别

项目	卵巢良性肿瘤	卵巢恶性肿瘤
病史	生长缓慢，病程长	生长迅速、病程短
年龄	生育期多见	幼女、青春期或绝经后妇女多见
一般情况	良好，多无不适	晚期出现腹胀、腹痛、腹水，食欲不振、消瘦、发热，呈现恶病质
体征	多为单侧，囊性，表面光滑，活动，无腹水	多为双侧，实性或囊性，表面不规则，固定，活动常伴血性腹水可能查到癌细胞

### 4. 卵巢肿瘤常见并发症

（1）**蒂扭转：最常见**，是妇科常见急腹症。**蒂扭转条件**：瘤蒂长，活动度好，中等大小，重心偏移的肿瘤，畸胎瘤最易发生。常发生于体位改变或妊娠期、产褥期子宫位置发生改变时。**典型症状**：突然下腹一侧剧烈疼痛，伴有恶心、呕吐。妇科检查：宫旁扪及肿块，张力较高，压痛以瘤蒂部最明显并伴有肌紧张。

（2）破裂。

（3）感染。

（4）恶变。

### （三）心理及社会状况

肿瘤性质确定之前，病人及家属焦虑不安，渴望尽早知道诊断结果。如为恶性，因治疗可能改变其生育状态、生活方式，疾病可能导致死亡，病人会恐惧、否认、忧郁和担心。

### （四）辅助检查

（1）**B 超检查：最常用**，有助于确定肿瘤的大小、部位，并可与腹水及积液鉴别。

（2）其他检查：可选择腹腔镜、肿瘤标志物，如 AFP、CA125 等测定。

（3）病理学检查：腹水细胞学检查、肿瘤针吸细胞学检查及手术活检是确诊良恶性卵巢肿瘤的主要依据。

## 三、处理要点

（1）良性卵巢肿瘤：确诊后尽早手术。年轻有生育要求者行卵巢肿瘤剔除术；蒂扭转或瘤体大者行患侧附件切除术；绝经后妇女则行全子宫及附件切除术。

(2) 恶性卵巢肿瘤：以手术为主，辅以化疗或放疗。常用化疗药物有顺铂(DDP)、阿霉素(ADR)、环磷酰胺(CTX)等，可通过静脉或腹腔化疗。

(3) 并发症：卵巢肿瘤如并发蒂扭转和破裂者应立即手术。

#### 四、护理诊断

(1) 焦虑：与担心肿瘤为恶性和手术治疗有关。

(2) 预感性悲哀：与手术切除子宫、卵巢丧失生育能力及预后不良有关。

(3) 营养失调：低于机体需要量，与恶性肿瘤实施化疗及全身衰竭有关。

#### 五、护理措施

##### 1. 缓解焦虑

关心病人，详细了解病人的疑虑和需求，耐心讲解有关卵巢肿瘤的发病与诊治知识，教给病人缓解压力的技巧，如参与护理活动、维持生活自控能力、访问已康复的病友，增强治愈的信心。为病人提供良好的休养环境，协助病人接受各项必要的检查，及早确诊。

##### 2. 提供支持，协助治疗

告知病人接受手术治疗的必要性，向病人及家属介绍检查治疗方法、注意事项，鼓励病人及家属参与制定合理的治疗方案，积极配合检查和治疗。协助医师完成各项诊断性检查。需手术者按腹部手术护理常规执行对需化疗、放疗者实施相应的护理。

##### 3. 合理补充营养

鼓励多进高蛋白、富含维生素A的饮食、避免高胆固醇饮食。不能进食者静脉补充营养，辅以全身支持疗法。

##### 4. 健康指导

(1) 术后随访：卵巢癌易复发，应长期随访和监测。术后第1年每月1次；术后第2年每3个月1次；术后第3年每6个月1次；3年以上者每年1次。良性肿瘤者，术后1个月常规复查。对接受化疗、放疗的病人，护士应鼓励病人克服困难，协助完成治疗计划，以提高疗效，防止复发。

(2) 定期普查：育龄妇女应1~2年行妇科检查1次，及时发现卵巢肿瘤。怀疑卵巢瘤样病变，囊肿直径小于5cm，3~6个月复查1次；卵巢实质性肿瘤或囊肿直径大于5cm者，应及时手术治疗；盆腔肿块诊断不清，宜及早行腹腔镜检查或剖腹探查。

治疗原则：首选手术治疗。



#### 高考链接

【例1】(2011年高考题) 粘膜下肌瘤最常见的临床表现是( )。

A. 疼痛                      B. 下腹部包块                      C. 经量增多                      D. 不孕

【分析】月经量增多及经期延长是子宫肌瘤最常见症状，其中以粘膜下肌瘤最明显。

【答案】C

【例2】(2012年高考题) 关于子宫肌瘤的描述，错误的是( )。

A. 临床表现与生长部位有关                      B. 粘膜下肌瘤最常见  
C. 玻璃样变是一种良性病变                      D. 红色变性多发生于妊娠期或产褥期

【分析】子宫肌瘤最常见的类型是肌壁间肌瘤。

【答案】B

【例 3】(2013 年高考题) 如图 8-19 所示, 请回答下列问题:

- (1) 请写出图示的疾病名称。
- (2) 请写出 A、B、C、D 所示的类型。
- (3) 请问哪种类型最常见? 哪种类型最容易引起月经的改变?

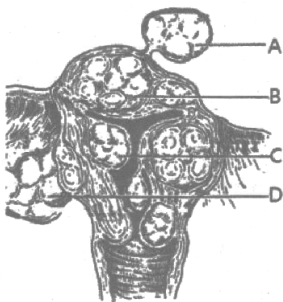


图 8-19 例 3 图

【答案】

- (1) 子宫肌瘤。
- (2) A: 浆膜下肌瘤; B: 肌壁间肌瘤; C: 粘膜下肌瘤; D: 阔韧带肌瘤。
- (3) B: 肌壁间肌瘤最常见。  
C: 粘膜下肌瘤最容易引起月经的改变。

【例 4】(2014 年高考题) 浆膜下子宫肌瘤的常见症状是 ( )。

- A. 月经过多      B. 痛经      C. 贫血      D. 下腹包块

【分析】浆膜下肌瘤很少影响月经。下腹包块为常见表现。

【答案】D

【例 5】(2011 年、2015 年高考题) 卵巢肿瘤最常见的并发症是 ( )。

- A. 出血      B. 破裂      C. 蒂扭转      D. 感染

【分析】卵巢肿瘤的并发症有蒂扭转、破裂、感染和恶变, 其中蒂扭转是最常见的并发症。

【答案】C

【例 6】(2013 年高考题) 观察图 8-20 所示的子宫附件区病变。

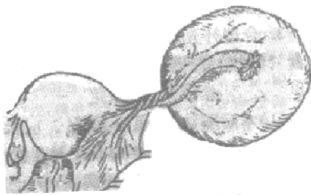


图 8-20 子宫附件区病变

请回答:

- (1) 该图所示疾病的名称是什么?
- (2) 该疾病的典型症状是什么?

(3) 该疾病的妇科检查特点是什么?

(4) 该疾病的处理要点是什么?

【答案】

(1) 卵巢肿瘤蒂扭转(卵巢囊肿蒂扭转)。

(2) 突发一侧下腹部剧烈疼痛,伴有恶心呕吐。

(3) 宫旁扪及肿块、张力大,压痛以蒂部最明显并伴有肌紧张。

(4) 立即手术治疗。

【例7】(2015年高考题)子宫肌瘤最常见的临床表现是( )。

A. 下腹部包块      B. 月经改变      C. 尿频      D. 白带增多

【分析】子宫肌瘤以月经改变为最常见症状。粘膜下肌瘤对月经影响最早、最重

【答案】B

【例8】(2015年高考题)筛选和早期发现宫颈癌的主要方法是( )。

A. 子宫颈刮片细胞学检查      B. 宫颈和宫颈管活检

C. 宫腔镜检查      D. B超检查

【分析】宫颈刮片细胞学检查是妇科学普查和早期发现宫颈癌最有效的方法,阴道镜下宫颈及颈管活检是确诊宫颈癌最可靠的方法。

【答案】A

【例9】(2015年高考题)子宫内膜癌最常见的症状是( )。

A. 阴道排液      B. 疼痛      C. 阴道流血      D. 白带增多

【分析】子宫内膜癌最常见的症状是绝经后出现不规则阴道流血。

【答案】C

【例10】(2011年高考题)宫颈癌最早出现的症状是( )。

A. 阴道排液      B. 接触性出血      C. 下腹疼痛      D. 大出血

【分析】最早表现为接触性出血,出血量少,主要发生在性生活后或妇科检查后出血。

【答案】B

【例11】(2012年高考题)筛选宫颈癌最常用的方法是( )。

A. 宫颈活检      B. 阴道镜检查

C. 宫颈锥切病理检查      D. 宫颈刮片细胞学检查

【分析】宫颈刮片细胞学检查是筛查早期宫颈癌的最有效方法。宫颈活检是确诊宫颈癌最主要的方法。

【答案】D



## 反馈训练

### 一、选择题

1. 子宫颈癌的好发部位是( )。

A. 子宫颈阴道部      B. 子宫颈鳞-柱状上皮交界处  
C. 子宫颈管内      D. 子宫峡部

2. 筛检子宫颈癌,最常见的方法是( )。

A. 子宫颈刮片细胞学检查      B. 宫颈碘试验

- C. 阴道镜检查 D. B 型超声检查
3. 确诊早期子宫内膜癌最可靠的检查方法是 ( )。
- A. 病史 B. 经宫颈取宫腔分泌物涂片找癌细胞  
C. 分段诊断性刮宫组织病理学检查 D. 宫腔镜检查
4. 确诊宫颈癌最可靠的方法是 ( )。
- A. 宫颈刮片细胞学检查 B. 宫颈和宫颈管活检  
C. 诊断性刮宫 D. 宫颈锥切
5. 宫颈癌超越宫颈波及阴道未达下 1/3, 应属于 ( )。
- A. b 期 B. a 期 C. b 期 D. a 期
6. 子宫肌瘤继发贫血, 最常见于 ( )。
- A. 浆膜下子宫肌瘤 B. 粘膜下子宫肌瘤  
C. 肌瘤囊性变性 D. 肌瘤红色变性
7. 粘膜下子宫肌瘤的主要症状是 ( )。
- A. 月经过多 B. 刺激子宫收缩引起剧烈腹痛  
C. 压迫直肠或膀胱引起尿频、便秘 D. 易发生红色变性
8. 卵巢肿瘤最常见的并发症是 ( )。
- A. 囊肿破裂 B. 感染 C. 蒂扭转 D. 恶性变
9. 符合卵巢恶性肿瘤的特点是 ( )。
- A. 肿瘤生长迅速 B. 肿瘤表面光滑 C. 病程较长 D. 单侧居多
10. 我国女性生殖器官恶性肿瘤最常见的是 ( )。
- A. 子宫颈癌 B. 子宫内膜癌 C. 子宫肉瘤 D. 卵巢癌
11. 下述属于早期宫颈癌症状的是 ( )。
- A. 阴道大量排液 B. 反复阴道出血 C. 接触性阴道出血 D. 下肢及腰骶部疼痛
12. 卵巢肿瘤蒂扭转最初典型临床表现是 ( )。
- A. 突然发生一侧剧烈腹痛 B. 发热达 39  
C. 频繁呕吐 D. 白细胞总数明显上升
13. 子宫肌瘤发病可能的相关因素是 ( )。
- A. 早婚早育, 性生活紊乱 B. 高血压  
C. 雌激素持续刺激 D. 饮食因素
14. 剖宫产术前准备错误的是 ( )。
- A. 禁食、水 B. 准备腹部皮肤 C. 留置尿管 D. 常规应用吗啡
15. 32 岁, 子宫正常大小, 子宫粘膜下肌瘤脱入阴道内, 应行 ( )。
- A. 随访观察 B. 雄激素治疗 C. 经腹肌瘤剔除术 D. 经阴道肌瘤摘除术
16. 子宫肌瘤临床表现月经过多时, 与下述关系特别密切的是 ( )。
- A. 肌瘤大小 B. 肌瘤生长部位 C. 病人体质 D. 肌瘤的数目
17. 某女士, 65 岁, 绝经 15 年, 阴道少许血水样分泌物 6 个月, 有臭味。妇科检查: 阴道粘膜充血, 宫颈萎缩, 子宫如孕 40 天大小, 质软, 双附件正常, 首先应选择 ( )。
- A. 分段诊断性刮宫 B. 宫腔镜检查  
C. 阴道镜下宫颈活检术 D. 宫颈刮片细胞学检查
18. 有关宫颈癌病人的护理措施, 其中错误的是 ( )。



- A. 术前一天消毒宫颈及阴道      B. 术前一天清洁灌肠  
C. 保持各种引流管通畅      D. 指导患者提高机体抵抗力
19. 曲女士, 35 岁, 已婚, 子宫如孕 40 天大小, 月经正常, 处理为 ( )。  
A. 随访观察      B. 雄激素治疗      C. 肌瘤剔除术      D. 全子宫切除术
20. 最常用于诊断卵巢肿瘤的辅助手段为 ( )。  
A. CT 检查      B. B 超检查      C. 腹部平片      D. 腹腔镜检
21. 下列卵巢肿瘤易发生蒂扭转的是 ( )。  
A. 浆液性囊腺瘤      B. 粘液性囊腺瘤  
C. 纤维瘤      D. 畸胎瘤
22. 郭女士, 38 岁, 左下腹肿块多年, 如孕 12 周大小、囊形, 排便后突感左下腹持续性疼痛, 继而肿块稍有增大, 拒按, 考虑为 ( )。  
A. 囊肿破裂      B. 囊肿内感染      C. 囊肿内出血      D. 蒂扭转
23. 李女士, 45 岁, 患子宫肌瘤拟行腹部全子宫切除手术, 术前 3 天应做的护理准备是 ( )。  
A. 皮肤准备      B. 阴道准备      C. 进少量软食      D. 清洁灌肠
24. 子宫内膜癌最常见的症状是 ( )。  
A. 绝经后阴道不规则出血      B. 阴道排液  
C. 高热      D. 疼痛
25. 关于宫颈癌的早期发现与预防, 不正确的措施是 ( )。  
A. 普及防癌知识      B. 积极治疗宫颈疾病  
C. 每 3~5 年普查一次      D. 宫颈刮片
26. 广泛子宫切除和盆腔淋巴结清除术后留置尿管的时间为 ( )。  
A. 1~2 天      B. 3~4 天      C. 5~6 天      D. 10~14 天
27. 经腹子宫全切术前准备, 下述不必要的是 ( )。  
A. 做好心理护理      B. 手术日按时给术前用药  
C. 术前 3 天进无渣饮食      D. 术前 3 天, 每日阴道冲洗一次

## 二、简答题

- 简述子宫肌瘤的临床表现及与分类的关系。
- 简述卵巢囊肿蒂扭转的肿瘤特点、典型症状及处理原则。

## 三、视图题

根据子宫肌瘤与子宫肌壁的关系, 子宫肌瘤分为哪 3 种类型?

图 8-21 中左图由上到下为( ) ( ) ( ), 右图由上到下为( ) ( ) ( )。

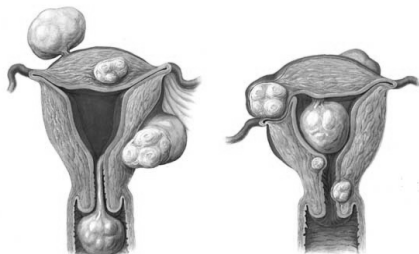


图 8-21 第三题图

#### 四、综合分析题

1. 女性, 45 岁, 以“子宫肌瘤”入院, 进行手术治疗。

(1) 护士进行护理评估时应重点询问什么?

(2) 术后出院时护士应给予哪些健康指导?

2. 42 岁女性患者, 孕 2 产 1, 2 年前查体发现右下腹有一直径 6cm 包块, 实性, 未定期复查。一天小便后突然下腹痛, 伴恶心, 无发烧。查: 子宫正常大小, 子宫右上方可及一直径 14cm, 张力较大, 有压痛的包块, 不活动。B 超提示右附件区有 14cm×3cm×4cm 大包块, 内有不均质回声团, 直肠后陷窝有少量积液。

(1) 该患者可能的诊断是什么?

(2) 合适的处理是什么?

3. 患者 44 岁, 孕 2 产 1, 因月经过多, 继发贫血就诊。半年来月经周期规则, 经期延长, 经量增多, 为原来经量的 3 倍, 偶有痛经, 白带稍多。B 超发现宫腔内有一实性团块直径 3.5cm。

(1) 该患最可能的诊断是什么?

(2) 对诊断最有意义的辅助检查是什么?

(3) 最恰当的治疗方案是什么?

### 第七节 功能失调性子宫出血妇女的护理



#### 考纲要求

理解功能失调性子宫出血病人的病因及发病机制、护理评估、护理诊断、护理措施及治疗要点。



#### 知识梳理

#### 一、定义

功能失调性子宫出血是指由调节生殖的神经内分泌机制失常引起的子宫出血, 简称功血, 全身及生殖器官无器质性病变。

#### 二、分类

(1) 无排卵性功血(最常见类型)。

青春期: 与下丘脑-垂体-卵巢轴调节功能未健全有关。围绝经期: 与卵巢功能衰退有关。

(2) 有排卵性功血(育龄期多见)。黄体功能不足: 黄体期缩短。子宫内膜不规则脱落: 黄体萎缩时间延长。

#### 三、病理

(1) 无排卵性功血: 卵巢有卵泡, 无排卵及黄体形成; 子宫内膜呈增殖性改变。

(2) 排卵性功血: 卵巢有排卵, 但黄体功能异常。黄体功能不足: 显示子宫内膜分泌不良。子宫内膜不规则脱落: 月经周期第 5~6 天, 增生期与分泌期内膜共存。

## 四、护理评估

### (一) 健康史

(1) 无排卵性功血：多见于青春期、围绝经期和生育期。过度劳累、精神紧张、恐惧、忧伤、环境及气候改变等应激刺激可诱发。

(2) 排卵性月经失调：生育期多见，产后、流产后易发生。

### (二) 身体状况

#### 1. 月经紊乱

(1) 无排卵性功血：最常见症状是子宫不规则性出血，特点是月经周期紊乱，经期、经量异常，无腹痛。

(2) 排卵性功血。 黄体功能不足：月经周期缩短，不易受孕或易流产。 子宫内膜不规则脱落：月经周期正常，经期延长。

#### 2. 贫血

病人可有头晕、乏力、面色苍白等。

#### 3. 体格检查

排除全身性疾病，尤其是血液系统疾病。

#### 4. 妇科检查

生殖器官无异常改变。

### (三) 心理-社会状况

(1) 青春期：常因害羞而影响及时诊治。

(2) 生育期：担心影响生育而焦虑。

(3) 围绝经期：因治疗效果不佳或怀疑恶性肿瘤而焦虑、紧张、恐惧。

### (四) 辅助检查

(1) 诊断性刮宫 有助于止血及明确，子宫内膜的病理诊断。

确定有无排卵或黄体功能：于月经前 1~2 日或月经来潮 6 小时内诊刮。无排卵性功血子宫内膜呈增生期改变；黄体功能不足显示子宫内膜分泌不良。

确定子宫内膜不规则脱落：在月经周期第 5~6 天诊刮，增生期与分泌期内膜共存。

不规则流血：可随时进行刮宫止血或排除内膜器质性病变。

(2) B 超。

(3) 血常规及凝血功能检查。

(4) 宫腔镜。

(5) 卵巢功能检查。判断卵巢有无排卵或黄体功能： 宫颈粘液结晶检查； 阴道脱落细胞涂片； 激素测定； 子宫内膜活检（诊刮）； 基础体温测定。

## 五、处理要点

(1) 无排卵性功血。青春期：止血、调整周期、促排卵；围绝经期：止血、调整周期、防止子宫内膜癌变。

(2) 排卵性功血。 黄体功能不足：促进卵泡发育，刺激黄体功能及黄体功能替代，分别应用 CC、HCG 和黄体酮； 子宫内膜不规则脱落：促使黄体及时萎缩，内膜及时完整脱落；常用药物有孕激素和 HCG。

## 六、护理措施

### 1. 预防和纠正贫血

遵医嘱采用止血措施。加强营养,注意补充铁剂、维生素 C 和蛋白质,向病人推荐含铁丰富的食物。注意休息,避免剧烈活动与劳累。

### 2. 缓解焦虑

鼓励病人表达内心感受,帮助澄清错误认识,缓解焦虑。

### 3. 预防感染

注意体温、脉搏变化。指导病人用消毒会阴垫,保持会阴清洁。出血期间禁止盆浴及性生活。注意有无腹痛等生殖器官感染征象。按医嘱使用抗生素。

### 4. 指导治疗,正确使用性激素

#### 1) 无排卵性功血

(1) 止血:大出血病人,要求在性激素治疗 8 小时内见效,24~48 小时内出血基本停止,若 96 小时以上仍不止血,应考虑器质性病变。

性激素止血有以下几种。

雌激素:大剂量雌激素促使子宫内膜生长,短期内修复创面而止血,主要用于青春期功血。

孕激素:使处于增生期子宫内膜转化为分泌期,停药后内膜脱落,出现撤药性出血,即“药物性刮宫”,适用于体内有一定雌激素水平、尤其流血淋漓不断者。

雄激素:拮抗雌激素、增强子宫平滑肌及子宫血管张力而减少出血,主要用于围绝经期功血病人的辅助治疗,可随时停用。

联合用药:效果优于单一药物,可用三合激素或口服短效避孕药,血止后逐渐减量。刮宫术:止血及排除子宫内膜癌变,适用于年龄>35岁、药物治疗无效或存在子宫内膜癌高危因素的病人。

其他止血药:酚磺乙胺(止血敏)、氨甲苯酸(对羧基苄胺)等作为辅助治疗。

(2) 调整月经周期:一般连续用药 3 个周期。雌、孕激素序贯法(人工周期疗法)通过模拟自然月经周期中卵巢的内分泌变化,将雌、孕激素序贯应用,使子宫内膜发生相应变化,引起周期性脱落。适用于青春期或生育期功血,可诱发卵巢自然排卵。雌、孕激素联合法:可周期性口服短效避孕药,适用于生育期功血内源性雌激素水平较高者或绝经过渡期功血。后半周期疗法:于月经周期后半周期开始(撤药性出血的第 16 日)服用甲羟孕酮每日 10mg,连用 10 日为一周期。适用于青春期或绝经过渡期功血。

(3) 促排卵:适用于青春期和生育期功血病人,尤其不孕者。

(4) 手术治疗:治疗无效者必要时行子宫内膜切除或子宫切除术。

#### 2) 排卵性功血

(1) 黄体功能不足:黄体功能替代疗法、黄体功能刺激疗法、促进卵泡发育。

(2) 子宫内膜不规则脱落。孕激素:于排卵后 1~2 日或下次月经前 10~14 日开始,每日口服甲羟孕酮 10mg,共 10 日,通过对下丘脑及垂体的负反馈作用,使黄体及时萎缩,内膜按时脱落。HCG:用法同黄体功能不足。

#### 3) 性激素治疗的注意事项

(1) 严格遵医嘱正确用药,不得随意停药和漏服,以免引起子宫出血。如有不规则阴道流血,及时就诊。

(2) 药物减量必须按规定在血止后开始,每 3 日减量 1 次,每次减量不超过原剂量的 1/3,直

至维持量，持续用至血止后 20 日停药。

(3) 雌激素口服可能引起恶心、呕吐等胃肠道反应，可饭后或睡前服用；对存在血液高凝倾向或有血栓性疾病史者禁忌使用。

(4) 雄激素用量过大可能出现男性化副作用。

### 5. 健康指导

加强营养，注意休息，保持心情舒畅；强调严格遵医嘱用药的必要性，避免药物使用不当导致异常出血；月经期避免剧烈活动，禁止盆浴及性生活，保持会阴清洁。

## 七、核心要点

无排卵性功血：典型表现为子宫不规则出血，特点是月经周期紊乱、经期长短不一、经量多少不定。经前期或月经来潮 6 小时内刮宫，子宫内膜呈增生性改变。

黄体功能不足：典型表现为月经周期缩短，月经频发。基础体温呈双向型，高温相上升缓慢或幅度低，持续时间短。经前期或月经来潮 6 小时内刮宫，可见增生期与分泌期内膜共存现象。

性激素作用：严格遵医嘱正确用药，不得随意停药和漏服，以免使用不当引起子宫出血；药物减量必须按规定在血止后开始，每 3 日减量 1 次，每次减量不超过原剂量的 1/3，直至维持量；人工周期通常连用 3 个周期。

【启发思考】青春期、生育期、围绝经期功血处理原则有何不同？

青春期：止血、调整周期、促排卵。围绝经期：止血、调整周期、防止子宫内膜癌变。生育期 黄体功能不足：促进卵泡发育，刺激黄体功能及黄体功能替代；子宫内膜不规则脱落：促使黄体及时萎缩，内膜及时完整脱落。



### 高考链接

(2015 年高考题：医学) 对围绝经期功能性子宫出血患者处理要点错误的是 ( )。

- A. 止血                      B. 调整周期                      C. 促进排卵                      D. 防癌变

【分析】围绝经期：止血、调整周期、防止子宫内膜癌变。

【答案】C



### 反馈训练

#### 一、选择题

1. 无排卵性功血，下述正确的是 ( )。  
A. 月经周期无一定规律                      B. 基础体温呈双相型  
C. 子宫内膜呈分泌期变化                      D. 经期正常，经量少
2. 功能失调性子宫出血最常见的类型为 ( )。  
A. 无排卵性功血    B. 排卵性功血    C. 排卵期出血    D. 黄体功能不全
3. 18 岁未婚少女，16 岁初潮，月经周期不规则，2~3 个月来潮一次，每次经期达 10 余日，量多，无痛经。本例恰当诊断应是 ( )。  
A. 月经过多                      B. 子宫内膜不规则脱落  
C. 黄体功能不足                      D. 无排卵性功血
4. 下列不属于功血大出血时的护理的是 ( )。

- A. 保留会阴垫, 准确计算出血量      B. 抽取血标本备血  
C. 急查血常规、出凝血时间      D. 大量使用抗生素
5. 青春期与更年期功血, ( ) 治疗不同。  
A. 止血      B. 预防感染      C. 减少出血量      D. 恢复排卵功能
6. 子宫内膜不规则脱落的诊刮时间应选于 ( )。  
A. 月经前 6 小时      B. 月经来潮前 1~2 天  
C. 月经干净第 5 天      D. 月经第 5~6 天
7. 人工周期疗法常在雌激素应用第 ( ) 天加用孕激素。  
A. 11      B. 13      C. 14      D. 16
8. 一位 32 岁妇女, 人流后月经周期 28~30 天, 经期 10~12 天, 经量不定, 可考虑为 ( )。  
A. 正常月经      B. 无排卵性功血      C. 黄体功能不全      D. 子宫内膜不规则脱落
9. 生育期和更年期妇女功血时采用 ( ) 最佳。  
A. 大剂量雌激素止血      B. 一般止血药物止血  
C. 刮宫止血并送病理检查      D. 中草药止血
10. 一位 46 岁患者, 近一年来月经不规律, 现停经 48 天, 发生阴道大量流血, 伴轻度贫血, 妇科检查: 宫颈中度糜烂, 子宫饱满, 稍软, 首选的止血方法是 ( )。  
A. 雌激素      B. 孕激素      C. 雄激素      D. 刮宫
11. 下列不是无排卵性功血的临床表现的是 ( )。  
A. 多发生于青春期或更年期      B. 月经周期无一定规律性  
C. 月经周期正常      D. 经期长短不一
12. 有关无排卵性功血, 下述正确的是 ( )。  
A. 常见于育龄妇女      B. 基础体温双相  
C. 月经周期无一定规律性      D. 经期延长, 淋漓不断
13. 李女士, 49 岁, 自诉近年月经周期不定, 行经 2~3 天干净, 量极少, 自感阵发性潮热, 心悸, 出汗, 时有眩晕, 妇科检查: 子宫稍小, 余无特殊。护士应向其宣教 ( ) 的知识。  
A. 无排卵性功血      B. 更年期综合征      C. 黄体萎缩延迟      D. 黄体发育不全
14. 性激素治疗功血的常识, 错误的为 ( )。  
A. 不能随意增加药量      B. 服大量雌激素, 部分人有消化道反应  
C. 不能随意停药      D. 指导病人在饭前服雌激素

## 二、简答题

简述无排卵性功血的临床表现及处理原则。

## 三、综合分析题

1. 杨女士, 50 岁, 近 2~3 年来月经失调, 表现为周期延长, 经量增多且淋漓不净。此次停经 3 月, 阴道出血 10 余天, 量多, 给予诊刮止血, 刮出物组织学检查为单纯子宫内膜增生过长。
- (1) 说出该病例的医疗诊断及处理原则。
- (2) 应采取哪些护理措施?
2. 女性, 18 岁, 高三学生。近 1 年来经期 6~10 天, 周期 25~50 天不等, 经量时多时少。此次月经来潮已达 10 天, 仍未干净, 精神高度紧张, 前来医院就诊。医生给予雌、孕激素进行治疗。
- (1) 对该女生怎样进行用药指导?
- (2) 对该女生进行月经相关知识宣教。